

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE  
AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA DE ESTRATÉGIAS DE  
SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO

Orientação:

Professora Doutora Maria Margarida da Silva Reis dos Santos Ferreira

Coorientação:

Mestre Regina Maria Ferreira Pires

Inês Alves da Rocha e Silva Rocha

Porto | 2013



## AGRADECIMENTOS

O estudo apresentado reflete um esforço individual sustentado por um conjunto de colaborações que são indissociáveis do seu resultado final. Assim, gostaria de exprimir a minha gratidão às pessoas que, de forma mais ou menos direta, influenciaram a sua realização:

À Professora Doutora Margarida Reis Santos, pela determinação e dedicação incessantes a este trabalho e por me inculir o gosto por esta temática. A sua orientação educativa e empática permitiu que realizasse esta investigação sempre com um enorme prazer e, acima de tudo, sensibilizou-me para a importância da Supervisão Clínica em Enfermagem.

À Mestre Regina Pires, pelo seu apoio e generosidade. A abertura que demonstrou nos vários momentos de reflexão, de modo a aproveitar o contributo de todos os intervenientes para o desenvolvimento da investigação, fomentando a confiança e a capacidade crítico-reflexiva, será sempre um motivo de grande inspiração.

Ao Professor Doutor Filipe Pereira, pela sua objetividade e constante disponibilidade demonstrada ao longo de todo este percurso, que contribuíram, sem dúvida, para o desenvolvimento e aprimoramento deste trabalho de investigação.

À minha família, por me ter fornecido as bases para desenvolver as minhas potencialidades e me inculir o espírito de querer sempre fazer melhor. Obrigada a todos pela atenção nos momentos de incerteza, pela alegria na partilha das pequenas conquistas, pela confiança depositada no meu trabalho e pelo incentivo ao longo de toda esta jornada.

Aos meus amigos, pelo interesse e preocupação demonstrados, pelo encorajamento através de palavras de força e ânimo, pela partilha de sugestões e experiências e, sobretudo, pela compreensão singular de quem está a viver a mesma situação. Obrigada pelos momentos de convívio e boa disposição que contribuíram para que voltasse ao trabalho com energia renovada.

Aos meus colegas enfermeiros, pela sua generosidade em estarem dispostos a colaborar nesta investigação, por serem o centro deste estudo e por personificarem a disciplina de Enfermagem, que tão importante é para mim, e que me motiva a continuar a edificá-la.



## SIGLAS E ACRÓNIMOS

$\alpha$  - Alfa de Cronbach

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

CDP - Centro de Diagnóstico Pneumológico

CIPE<sup>®</sup> - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem<sup>®</sup>

Cit. por - Citado por

CHSJ - Centro Hospitalar de S. João, E.P.E.

CS - Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DoH - *Department of Health*

DP - Desvio Padrão

E.P.E. - Entidade Pública Empresarial

Et al. - (*et alli*): e outras

EUA - Estados Unidos da América

IQS - Instituto de Qualidade em Saúde

KFHQS - *King's Fund Health Quality Service*

M - Média

n - Amostra

OE - Ordem dos Enfermeiros

*p* - Significância Estatística

p. - Página

QAFESCE - Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem

*r* - Correlação item-total

SC - Supervisão Clínica

SCE - Supervisão Clínica em Enfermagem

SPSS<sup>®</sup> - *Statistical Package for the Social Sciences*<sup>®</sup>

SS - Serviços de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCE - Unidade de Cuidados de Enfermagem

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSM - Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.

USF - Unidade de Saúde Familiar

% - Percentagem



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	7
1.1 Supervisão Clínica em Enfermagem .....	7
1.2 Conceitos e Modelos.....	18
1.3 Formação e Reflexão em Supervisão.....	26
1.4 Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem .....	33
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....	43
2.1 Justificação do Estudo .....	43
2.2 Finalidade e Objetivos.....	44
2.3 Tipo de Estudo.....	46
2.4 População e Amostra.....	47
2.5 Instrumento de Colheita de Dados .....	48
2.5.1 <i>Variáveis em Estudo</i> .....	55
2.6 Colheita de Dados.....	56
2.7 Tratamento de Dados.....	60
2.8 Considerações Éticas.....	61
3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	65
CONCLUSÃO .....	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	99
ANEXOS.....	115
Anexo I: Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem .....	117
Anexo II: Informação ao participante para o CHSJ.....	123
Anexo III: Informação ao participante para a ULSM .....	127
Anexo IV: Informação ao participante para os CS da ULSM .....	131
Anexo V: Declaração de consentimento informado .....	135
Anexo VI: Questionário <i>online</i> .....	139
Anexo VII: Autorização do Conselho de Administração do CHSJ.....	143
Anexo VIII: Autorização do Conselho de Administração da ULSM .....	147
Anexo IX: Autorização da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. ....	153
Anexo X: Tabelas de resultados do teste Mann-Whitney relativas ao desejo de implementação de estratégias de SCE em função do contexto de trabalho .....	157





## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Alterações sugeridas pelos peritos.....	54
QUADRO 2: Alterações sugeridas pelos enfermeiros ao pré-teste .....	54
QUADRO 3: Contexto de aplicação direta do QAFESCE .....	58
QUADRO 4: Contexto de aplicação indireta do QAFESCE .....	59

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Idade e tempo de exercício profissional dos enfermeiros.....	66
TABELA 2: Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros .....	67
TABELA 3: Experiência e opinião sobre ser supervisionado.....	68
TABELA 4: Formação em SCE .....	69
TABELA 5: Experiência e opinião sobre ser supervisor clínico .....	69
TABELA 6: Razões para o exercício da supervisão .....	70
TABELA 7: Importância da SCE para o desenvolvimento profissional .....	72
TABELA 8: Frequência de implementação de estratégias de SCE nos SS .....	73
TABELA 9: Frequência de implementação de estratégias de SCE em contexto hospitalar .....	74
TABELA 10: Frequência de implementação de estratégias de SCE em contexto de CSP .....	75
TABELA 11: Frequência relativa ao desejo de implementação de estratégias de SCE nos SS .....	78
TABELA 12: Frequência relativa ao desejo de implementação de estratégias de SCE em contexto hospitalar .....	80
TABELA 13: Frequência relativa ao desejo de implementação de estratégias de SCE em contexto de CSP.....	82
TABELA 14: Resultados do teste Mann-Whitney relativos ao desejo de implementação das estratégias de SCE em função do contexto de trabalho .....	85
TABELA 15: Medidas de consistência interna do QAFESCE para a frequência de implementação de estratégias de SCE .....	89
TABELA 16: Medidas de consistência interna do QAFESCE para a frequência relativa ao desejo de implementação de estratégias de SCE .....	90

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Estratégias de SCE mais frequentemente implementadas e desejadas nos SS.....	79
GRÁFICO 2: Estratégias de SCE mais frequentemente implementadas e desejadas em contexto hospitalar .....	81
GRÁFICO 3: Estratégias de SCE mais frequentemente implementadas e desejadas em contexto de CSP .....	83

## RESUMO

A Supervisão Clínica em Enfermagem é uma área que se tem vindo a desenvolver nos últimos anos, enquanto veículo promotor do desenvolvimento pessoal e profissional. Admite-se que a Supervisão Clínica detém um papel crucial na concretização de uma prática de enfermagem de qualidade, uma vez que através deste processo pode promover-se o questionamento das ações, no sentido de melhorar os cuidados, tornando-os mais significativos para os clientes.

O processo supervisoivo deve ainda atender ao desenvolvimento de competências, fornecendo suporte e encorajamento pessoal e profissional aos enfermeiros. Torna-se, portanto, necessário que o supervisor clínico implemente estratégias de supervisão dinâmicas e individualizadas, com o intuito de promover o desenvolvimento de cada enfermeiro.

A presente investigação tem como finalidade identificar as estratégias de supervisão clínica em enfermagem mais adequadas para o processo de supervisão nos contextos de saúde atuais, permitindo aos enfermeiros terem uma participação ativa neste processo, consciencializarem-se da sua importância e melhorarem o seu exercício profissional.

O estudo tem como objetivos: construir e validar um instrumento que permita avaliar a frequência com que são implementadas as estratégias de supervisão clínica em enfermagem; construir e validar um instrumento que permita avaliar a frequência com que os enfermeiros desejariam que fossem implementadas as estratégias de supervisão clínica em enfermagem; identificar a frequência com que as estratégias de supervisão clínica em enfermagem são implementadas nos serviços de saúde; identificar as estratégias de supervisão clínica em enfermagem que os enfermeiros desejariam que fossem mais frequentemente implementadas nos serviços de saúde; e identificar as estratégias de supervisão clínica em enfermagem que os enfermeiros desejariam que nunca fossem implementadas nos serviços de saúde.

A investigação insere-se no paradigma quantitativo, sendo do tipo descritivo comparativo, de cariz exploratório, de natureza transversal. A amostra não probabilística é constituída por 273 enfermeiros de diferentes serviços e instituições. Os dados foram colhidos através da aplicação do Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem.

Como conclusões do estudo salientam-se as seguintes: os enfermeiros desejam que as estratégias de supervisão clínica em enfermagem sejam mais

frequentemente implementadas do que são na atualidade; as estratégias que os enfermeiros mais referem que são aplicadas nos serviços de saúde e que, concomitantemente, desejam que sejam mais implementadas são a «observação», a «demonstração» e o «apoio»; existem diferenças estatisticamente significativas ( $p<0,05$ ) entre os enfermeiros dos cuidados de saúde primários e os do hospital relativamente ao desejo de implementação das estratégias «relatório reflexivo», «supervisão à distância: telefone» e «supervisão à distância: *e-mail*», sendo os enfermeiros dos cuidados de saúde primários que mais desejam a sua utilização; o Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem é um instrumento fiel e tem validade de conteúdo, pelo que pode ser utilizado no contexto de *Mentorship*, *Preceptorship* ou Supervisão Clínica em Enfermagem.

#### **Palavras-chave**

Estratégias; Qualidade de Cuidados; Satisfação Profissional; Supervisão Clínica em Enfermagem

## **ABSTRACT**

### **Construction and Validation of the Questionnaire of Frequency Assessment of Clinical Supervision in Nursing Strategies**

Clinical Supervision in Nursing is an area that has been developing in recent years, while promoter of personal and professional development. Clinical Supervision has a crucial role in achieving a quality nursing practice, since the supervisory process may lead to questioning of actions to improve more meaningful care to patients.

The supervisory process must also allow the skill development, providing encouragement and personal and professional support to nurses. It is therefore necessary that the clinical supervisor implement dynamic and individualized monitoring strategies, in order to promote the development of each nurse.

This research aimed to identify the most appropriate clinical supervision in nursing strategies for the supervisory process in the current's health context, allowing nurses to have an active participation in this process, improving their professional practice and their insight about the Clinical Supervision importance.

With this study we intended to achieve the following objectives: build and validate an instrument to assess the frequency in which clinical supervision in nursing strategies are implemented; build and validate an instrument to assess the frequency in which nurses wish the clinical supervision in nursing strategies were implemented; identify the frequency in which clinical supervision in nursing strategies are implemented in health services; identify the clinical supervision in nursing strategies nurses wish that were more often implemented in the health services; and identify the clinical supervision in nursing strategies that nurses wish were never implemented in health services.

This research is part of a quantitative paradigm and it is a comparative descriptive, exploratory and cross study. The non-probabilistic sample consists in 273 nurses of different wards and institutions. Data were collected through the application of the Questionnaire of Frequency Assessment of Clinical Supervision in Nursing Strategies.

The main conclusions of the study were: nurses want the clinical supervision in nursing strategies to be more frequently implemented than they are nowadays; the clinical supervision in nursing strategies that nurses report as the most implemented in health services and the ones they wish to be more

implemented are «observation», «demonstration» and «support»; there are statistically significant differences ( $p < 0,05$ ) in the strategies «reflective report», «supervision at distance: phone» and «supervision at a distance: email»: nurses from the primary health care want to use more those clinical supervision in nursing strategies than nurses who work at the hospital settings; and the Questionnaire of Frequency Assessment of Clinical Supervision in Nursing Strategies has reliability and content validity, therefore it can be used in the context of Mentorship, Preceptorship or Clinical Supervision in Nursing.

**Keywords**

Strategies; Quality of Care; Professional Satisfaction; Clinical Supervision in Nursing

## INTRODUÇÃO

No sentido de acompanhar os desenvolvimentos sociais, políticos e económicos da sociedade, a disciplina de Enfermagem tem vindo a evoluir, sendo cada vez mais premente a formação de enfermeiros que detenham as habilidades e competências necessárias à prestação de cuidados significativos e de qualidade ao cliente e à família, perspetivando a promoção, manutenção ou tratamento do seu estado de saúde, nos mais variados contextos (Winstanley & White, 2003).

As alterações ocorridas no sistema de saúde, tais como a redução dos recursos financeiros, os avanços tecnológicos e o rápido aumento de novas formas de informação, condicionaram negativamente os mecanismos de suporte disponibilizados aos profissionais de saúde (Hyrkäs et al., 2003), pelo que, em enfermagem, houve a necessidade de se desenvolver e implementar um método que promovesse a responsabilização e o desenvolvimento de novas competências dos enfermeiros (Spence et al., 2002), surgindo assim a Supervisão Clínica em Enfermagem como processo de suporte para o exercício profissional (Winstanley & White, 2003; Butterworth et al., 2008).

A Supervisão Clínica possibilita aos enfermeiros fazerem face à desafiante natureza da prestação de cuidados e à exigência cada vez maior da gestão das organizações de saúde (Marrow et al., 2002; Hyrkäs et al., 2003; Wood, 2004), podendo ser entendida como um método de trabalho de consultoria, orientação, gestão, liderança e terapia (Hyrkäs et al., 1999), que se focaliza no desenvolvimento da prática clínica através de reflexão, orientação e suporte profissional (Silva, Pires & Vilela, 2011).

Devido à sua condição multidimensional e multifacetada, a Supervisão Clínica tem vindo a ganhar espaço no seio da disciplina de Enfermagem enquanto veículo promotor da aprendizagem profissional e do desenvolvimento pessoal, recorrendo à utilização de processos de reflexão, experimentação e sustentação profissional (Garrido, Simões & Pires, 2008), que permitem ao enfermeiro desenvolver capacidades de análise e de intervenção responsável, diminuir os níveis de stresse, aumentar a disponibilidade emocional e psicológica, e estabelecer relações de ajuda (Abreu, 2002; Hyrkäs, 2005). Atraindo a atenção dos

enfermeiros envolvidos na investigação, na docência, na prática e na gestão das organizações de saúde (Tilley & Chambers, 2003; Lindren et al., 2005; Butterworth et al., 2008), a aplicação da SC nos contextos de saúde poderá resultar na melhoria da qualidade dos serviços prestados, além de potencializar o desenvolvimento de habilidades e competências da equipa (Pires, 2004; Correia & Servo, 2006; Moura & Mesquita, 2010).

A Supervisão Clínica em Enfermagem tem vindo a consolidar-se como um processo que poderá estimular o desenvolvimento de capacidades analítico-reflexivas, através do questionamento das ações (Cho, Lashinger & Wong, 2006), sendo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos clientes o seu principal propósito (Winstanley & White, 2003; Pires, 2004; Brunero & Stein-Parbury, 2008), visto que “(...) assegurar ao consumidor de cuidados de enfermagem que estes possuem um grau específico de excelência proveniente das suas contínuas medição e avaliação” (Schamdl, 1979 Cit. por Sale, 2000, p. 27) é objetivo da garantia da qualidade em enfermagem.

A reestruturação efetiva dos processos de supervisão contribuem decisivamente não só para a melhoria da profissão e da prática de enfermagem, tendo em vista os benefícios que se poderão atingir ao nível da formação dos enfermeiros e do exercício profissional (Santos et al., 2006; Silva, Pires & Vilela, 2011), mas, também, para o aumento da qualidade dos serviços de saúde, através da reflexão, mudança das práticas e reorganização da rede de serviços (Coelho et al., 2012).

Com o intuito de alcançar os benefícios provenientes da Supervisão Clínica, assiste-se a um esforço por parte de alguns países europeus, da Austrália e da Nova Zelândia em incrementá-la nos seus serviços de saúde. Em Portugal, essa necessidade começou, recentemente, a surgir.

Os programas de supervisão clínica são frequentemente considerados bons investimentos dado os custos significativos associados ao abandono da profissão e outros benefícios, como maior motivação e produtividade (Goode & Williams, 2004; White & Winstanley, 2006; Halfer, 2007). No entanto, constatando-se diferenças significativas no número de enfermeiros que integram programas supervisivos, quer nos diferentes países, quer entre regiões do mesmo país, a evidência sugere que, de uma forma geral, os programas de supervisão clínica continuam pouco implementados (Butterworth et al., 2008).

A ausência de avaliação sistemática e a incoerência existente em programas de supervisão, reforçada por práticas locais menos adequadas, poderão



estar na base da desvalorização e não reconhecimento do processo de supervisão clínica (Charleston & Happell, 2005; Levett-Jones & FitzGerald, 2005; Dias, 2006; Nettleton & Bray, 2008), pelo que urge a necessidade de se realizar mais investigação nesta área, no sentido de produzir evidência que sustente o reconhecimento efetivo da Supervisão Clínica, levando à implementação destes programas (Pires, 2004; White & Winstanley, 2006; Hyrkäs & Shoemaker, 2007; Butterworth et al., 2008).

O presente estudo, inserido no paradigma quantitativo, advém da vontade de poder contribuir para o desenvolvimento da disciplina da enfermagem, pois para tal, é necessário recorrer à investigação (Fortin, 2009), integrando uma investigação mais alargada que tem por título “Conceção de um Programa de Supervisão Clínica em Enfermagem em Contexto de Cuidados de Saúde Primários”, que está a ser realizada no âmbito de um Doutoramento em Enfermagem, desenvolvido no agrupamento de centros de saúde de Alto Trás-os-Montes II e de Alto Tâmega e Barroso, pela Professora Regina Pires.

A problemática eleita para este estudo, resulta de uma pesquisa bibliográfica que revelou a existência de modelos, estratégias e estilos de supervisão que devem fazer parte do processo supervisoivo, não se encontrando, no entanto, evidência científica que demonstrasse a perceção dos enfermeiros relativamente à frequência com que são implementadas as diferentes estratégias de supervisão clínica em enfermagem nas suas práticas e a frequência com que desejariam que estas fossem implementadas. Define-se como finalidade a atingir, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, através da identificação das estratégias de supervisão clínica mais adequadas para o processo de supervisão nos contextos de saúde atuais, permitindo aos enfermeiros terem uma participação ativa neste processo, consciencializarem-se da sua importância e melhorarem o seu exercício profissional.

Com a elaboração desta dissertação pretende-se fazer uma revisão abrangente sobre o estado de arte, visando a investigação os seguintes objetivos: construir um instrumento que permita avaliar a frequência com que são implementadas as estratégias de supervisão clínica em enfermagem; construir um instrumento que permita avaliar a frequência com que os enfermeiros desejariam que fossem implementadas as estratégias de supervisão clínica em enfermagem; validar um instrumento que permita avaliar a frequência com que são implementadas as estratégias de supervisão clínica em enfermagem; validar um instrumento que permita avaliar a frequência com que os enfermeiros desejariam que fossem implementadas as estratégias de supervisão clínica em enfermagem;

identificar a frequência com que as estratégias de supervisão clínica em enfermagem são implementadas nos serviços de saúde; identificar as estratégias de supervisão clínica em enfermagem que os enfermeiros desejariam que fossem mais frequentemente implementadas nos serviços de saúde; e identificar as estratégias de supervisão clínica em enfermagem que os enfermeiros desejariam que nunca fossem implementadas nos serviços de saúde.

A pesquisa bibliográfica efetuada para a realização desta dissertação concretizou-se nas bases de dados *CINAHL Plus*, *MEDLINE*, *Academic Search Complete*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Database of Abstracts of Reviews of Effects*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Health Technology Assessments* e *Cochrane Methodology Register*, no motor de busca Google e em livros publicados sobre a temática da Supervisão Clínica em Enfermagem, assim como em dissertações de mestrado e teses de doutoramento. Os descritores utilizados foram: “*Clinical Supervision*”, “*Strategies*” e “*Professional Setting*”, selecionando-se a opção *full text*, no período de 2005 a 2012. A literatura publicada antes de 2005 só foi incluída quando contribuiu para a discussão da evidência mais recente.

Tendo em vista a apresentação lógica e organizada deste trabalho, desenvolvido com base numa metodologia descritiva e crítico-reflexiva, optou-se pela criação de três grandes capítulos. O primeiro diz respeito ao enquadramento teórico e incide numa abordagem ao tema estudado, apresentando uma revisão da literatura existente no âmbito da Supervisão Clínica em Enfermagem. Apresenta-se, primeiramente, uma breve referência histórica, descrevendo a evolução da Supervisão Clínica em Enfermagem ao longo do tempo, enaltecendo os benefícios da sua implementação e o papel crucial desempenhado pelos programas de acreditação em qualidade. No seguimento dessa temática são explanados os conceitos e modelos de Supervisão Clínica, analisando-se de forma mais profunda o Modelo de Supervisão Clínica de Proctor. Abordam-se ainda alguns aspetos relacionados com a formação e reflexão em supervisão, destacando-se a supervisão de pares, a relação supervisiva, as características do supervisor clínico, a educação de adultos e o pensamento crítico-reflexivo. Por fim, são exploradas as estratégias de supervisão clínica em enfermagem.

No segundo capítulo procede-se ao enquadramento metodológico, apresentando-se a justificação do estudo, a finalidade e os objetivos do mesmo, o desenho da investigação, a população e amostra e os critérios de seleção da mesma, a elaboração do instrumento de colheita de dados, fazendo-se, por

último, uma referência aos métodos de colheita e de tratamento de dados. As considerações éticas inerentes a esta investigação são ainda contempladas neste capítulo.

No terceiro capítulo procede-se à apresentação dos resultados obtidos e à respetiva análise. Por fim, na conclusão, dá-se relevo aos aspetos mais significativos do estudo, às limitações e apresentam-se sugestões para futuras investigações.



## **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Neste capítulo abordar-se-ão os aspetos relacionados com a Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE), sendo destacados os conceitos e os modelos de Supervisão Clínica (SC). São ainda explanados aspetos relacionados com a formação e a reflexão em supervisão, salientando-se, por último, as estratégias de SCE.

### **1.1 Supervisão Clínica em Enfermagem**

A primeira referência à SC e aos seus contributos para a enfermagem surgiram na literatura em 1972 (Hill, 1989 Cit. por Butterworth et al., 2008), tendo-se verificado um desenvolvimento progressivo da investigação nesta área ao longo dos anos, pelo que na atualidade é discutido o potencial efeito que a SCE poderá ter no desenvolvimento pessoal dos enfermeiros, na melhoria do seu exercício profissional e na recuperação dos clientes (Bradshaw, Butterworth & Mairs, 2007).

Embora em Portugal só recentemente se comece a refletir sobre a necessidade de se implementarem programas de SCE, noutros países esta preocupação não é atual, existindo há vários anos evidência que realça a sua importância. De facto, em 1859, Florence Nightingale tentou sistematizar e enquadrar nas áreas de formação e gestão aspetos que se viriam a constituir como princípios de SC (Winstanley & White, 2003). Mais tarde, nos anos trinta, as escolas norte-americanas mostraram preocupação em explorar e desenvolver o conceito de SC, ocorrendo, assim, as primeiras conferências, que contribuíram para divulgar a importância desta temática e, concomitantemente, a necessidade de promover a qualidade das práticas profissionais (Yegdich & Cushing, 1998). Embora as primeiras discussões sobre SCE tenham ocorrido em 1943 nas áreas de Psiquiatria e de Saúde Materna e Obstétrica, só em 1982 é que foi definido para a área de Psiquiatria um primeiro modelo de intervenção que resultou da

implementação do *Registered Mental Health Nurse Syllabus* e, na área de Saúde Materna e Obstétrica, só pouco antes da década de 80 é que alguns estudos sobre SCE foram levados a cabo no Reino Unido (Kohner, 1994 Cit. por Abreu, 2007). Constata-se então que o conceito e desenvolvimento da SC tiveram o seu início nos Estados Unidos da América (EUA), sendo Hildegard Peplau, enfermeira da área da Psiquiatria, uma das precursoras da reflexão sobre esta temática, no âmbito da enfermagem (Garrido, Simões & Pires, 2008). A nível da Europa, o Reino Unido foi um dos países pioneiros a promover o debate sobre a SCE, onde esta se afirmou de forma mais sólida e consistente, face a uma conjectura propícia à sua implementação:

“Mudanças organizacionais importantes; políticas directivas; preocupações sobre responsabilidade; iniciativas de qualidade para melhorar padrões de cuidados; conceitos de revalorização social integrados na filosofia da enfermagem; mudanças educacionais para práticas reflexivas; interesse sobre a saúde dos profissionais e a prevenção do *burnout*; incremento do valor da intervenção terapêutica e exigências concomitantes para a auto-consciência” (Bond & Holland, 1998 Cit. por Pires, 2004, p. 52).

Por sua vez, em Portugal, a profissão de enfermagem sofreu grandes alterações na década de setenta, motivadas especialmente por três factos: o movimento da educação permanente, a investigação desenvolvida na área da qualidade e cuidados de enfermagem e os processos de certificação de qualidade, devendo-se a estes últimos o início dos debates sobre a SCE (Abreu, 2007; Garrido, Simões & Pires, 2008). Assim, em 1999, foi criado o Instituto de Qualidade em Saúde (IQS) com o objetivo de promover a melhoria contínua dos cuidados de saúde a nível nacional (Pisco, 2000), sendo assinado nesse mesmo ano um protocolo entre o Ministério da Saúde e o *King's Fund Health Quality Service* (KFHQS), para fomentar uma prática inovadora e de excelência em todos os aspetos dos cuidados de saúde e gestão a nível hospitalar (IQS, 2002).

O programa do KFHQS fazia referência a uma estrutura de normas organizacionais que constituíam patamares de desenvolvimento da qualidade dos serviços de saúde (SS), sendo que, a nível de enfermagem, referia explicitamente a necessidade de disponibilizar SC aos enfermeiros e estudantes de enfermagem (*King's Fund*, 2000). Nesse sentido, relativamente ao critério da gestão de pessoal, a norma do KFHQS apontava para que todos os enfermeiros tivessem acesso a aconselhamento profissional e que os enfermeiros recentemente qualificados tivessem um enfermeiro responsável pela sua integração no serviço, enquanto no que respeita ao critério do desenvolvimento e formação do pessoal,

deveria ser determinado um período de tempo para a atualização profissional e formação contínua, ressaltando que a formação e treino adicional deveriam ter supervisão contínua apropriada, no sentido de apoiar os enfermeiros a desenvolverem-se no âmbito da sua prática profissional e fomentar a reflexão sobre a prática clínica (*King's Fund*, 2000). É ainda importante referir que em 2004 a Ordem dos Enfermeiros (OE) definiu padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, com o intuito de assegurar aos clientes a qualidade dos cuidados que lhes são prestados (OE, 2004).

A SC constitui-se assim como uma das dimensões relevantes dos processos da qualidade e da acreditação, tendo em conta os ganhos que proporciona a nível de assistência (Abreu, 2007). De facto, verifica-se que em organizações de saúde onde são implementados programas de acreditação da qualidade, os enfermeiros referem que experienciaram mudanças positivas não só nos aspetos logísticos, mas também da própria organização dos serviços, o que permitiu que houvesse uma melhoria a nível das práticas de orientação e supervisão e, ainda, nos cuidados oferecidos à população (Pires, 2004).

De acordo com a evidência científica, a SC é perspectivada como parte integrante da enfermagem e tem vindo a suscitar interesse à investigação, à educação e às próprias organizações de saúde (Tilley & Chambers, 2003; Lindren et al., 2005; Butterworth et al., 2008), revestindo-se de vantagens ao nível pessoal e organizacional (White et al., 1998; White & Winstanley, 2006; Hyrkäs & Shoemaker, 2007), na tomada de decisão ética (Magnusson, Lützén & Severinsson, 2002; Berggren, Barbosa & Severinsson, 2005) e na recuperação dos clientes (Hyrkäs, Lehti & Paunonen-Ilmonen, 2001; Hansebo & Kihlgren, 2004; West, Maben & Rafferty, 2006).

No que respeita às vantagens pessoais, a SCE poderá trazer benefícios quer ao supervisionado, quer ao supervisor clínico. No caso do supervisionado, os benefícios estão intimamente ligados à prática do exercício profissional e são alcançados através da mobilização das várias estratégias de SC, como por exemplo: a auto supervisão, em que o enfermeiro reflete sobre a prestação de cuidados e aprende com a sua experiência, e as sessões de supervisão em grupo, que permitem ao enfermeiro sentir-se apoiado pelos seus pares, repercutindo-se essa maneira de estar na forma como presta cuidados ao cliente (White & Winstanley, 2006; Hyrkäs & Shoemaker, 2007). Os enfermeiros que tiveram experiência em SCE elencam como principais vantagens: um aumento da confiança (Marrow et al., 2002; Žorga, 2002) e da motivação (Jones, 2001), verificando-se um crescimento e desenvolvimento da personalidade (Žorga, 2002); um aumento

da consciência de si e das suas funções enquanto enfermeiro (Johns, 2003), nomeadamente na sua maneira de pensar, tomar decisões, desempenho (Spence et al., 2002), capacidade de resposta (Jones, 2001) e resolução de problemas (Jones, 2003); e, ainda, uma diminuição do sentimento de isolamento profissional (Jones, 2001; Bedward & Daniels, 2005). Além disso, os enfermeiros que experienciaram a SCE descrevem-se como profissionais satisfeitos e de qualidade (Hyrkäs & Paunonen-Illmonen, 2001), tendo-se tornado mais honestos, relaxados, entusiastas e menos competitivos no seu exercício profissional (White et al., 1998).

Na realidade, a SC parece ser benéfica na medida em que os enfermeiros, que lidam com situações complexas, tais como perda, morte, sofrimento ou, ainda, com sentimentos difíceis como culpa, após experienciarem processos de SC referem sentir-se mais capazes de lidar com essas situações, conseguindo atingir uma vida de trabalho mais equilibrada (Jones, 2001). A SC poderá ainda contribuir para que o enfermeiro reconheça os seus próprios sentimentos e zele pela sua saúde (Žorga, 2002), ao mesmo tempo que potencia o estabelecimento de melhores relações com os seus familiares, amigos (Jones, 2001) e gestores da organização de saúde onde trabalha (Cheater & Hale, 2001). A SC poderá ainda desempenhar um importante papel para os enfermeiros que ocupam cargos de gestão nas organizações de saúde, ao nível do crescimento pessoal, aumento da autoconfiança, autoconhecimento e *coping* (Hyrkäs et al., 2003; Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner & Kivimäki, 2005).

Relativamente ao supervisor clínico, embora este possa sentir-se ansioso devido às responsabilidades que tem na supervisão, podendo duvidar da sua capacidade para desempenhar essa função, particularmente se foi recentemente qualificado para o efeito (Landmark et al., 2003), a SC também poderá trazer-lhe benefícios a diferentes níveis: na construção e desenvolvimento de conhecimentos, uma vez que ao supervisionar deverá estar atualizado relativamente às melhores práticas e técnicas desenvolvidas (Landmark et al., 2003); na satisfação no trabalho e realização pessoal (Hyrkäs, 2005); e, ainda, no desempenho na prática clínica (Butterworth et al., 2008). De salientar que o supervisor clínico deverá ser submetido a uma formação específica, contemplando a sua própria SC, no sentido de garantir que os supervisionados beneficiem ao máximo da experiência de SC (Wilson, Fawcett & Whyte, 2001), uma vez que o supervisor clínico pode influenciar o comportamento dos supervisionados e, de uma forma indireta, a prestação de cuidados dos supervisionados aos clientes



(Butterworth et al., 2008). Nesse sentido, é vital que o supervisor clínico tenha competências de supervisão adequadas, devido às responsabilidades morais e transferência de conhecimento e competências que o exercício de supervisão acarreta (Severinsson, 2001).

Quanto aos benefícios organizacionais, parece que a SC permite criar e fortalecer a relação com os colegas de trabalho, levando ao aumento da moral enquanto equipa, que contribui para o incentivo ao recrutamento de pessoal e retenção dos profissionais nas organizações de saúde (White et al., 1998; White & Winstanley, 2006; Hyrkäs & Shoemaker, 2007; Butterworth et al., 2008). Além disso, a evidência científica sugere que os programas supervisivos incrementam a motivação dos profissionais das organizações de saúde e, conseqüentemente, a sua produtividade, o que leva a uma maior eficiência no trabalho (Jones, 2001; Wilson, Fawcett & Whyte, 2001; Goode e Williams, 2004; White & Winstanley, 2006; Halfer, 2007).

A relação supervisiva é determinante para o desenvolvimento da prática de supervisão, sendo que a sua implementação reveste-se de limitações intimamente ligadas ao supervisor clínico, ao supervisionado e à organização de saúde que os acolhe, devendo estas serem encaradas como fatores motivadores e não inibidores (Severinsson & Sand, 2010). No que respeita à interação criada entre supervisor clínico e supervisionado, sendo a SC um processo mediador no desenvolvimento destes dois intervenientes, é crucial que a interação se desenvolva num ambiente de confiança e de interajuda afetiva e cognitivamente estimulante, para que este processo apoie e estimule cada um dos intervenientes a progredir e a criar o seu estilo pessoal de intervenção (Alarcão, 2001; Carvalho, 2004; Gomes et al., 2005; Manias & Aitken, 2005). A qualidade da relação supervisiva será maior se o supervisionado puder escolher o seu supervisor clínico, uma vez que ao ter essa oportunidade sente-se mais comprometido no processo de supervisão (Winstanley & White, 2003). Relativamente às organizações de saúde, estas detêm um papel preponderante na concretização de um trabalho eficiente (Dias, 2006), devendo empenhar-se em incorporar uma função educativa e motivadora, fomentando a reflexão sobre as práticas e, deste modo, propiciar que os enfermeiros se sintam parte integrante e estruturante da mesma, sendo este sentimento o culminar de um processo longo que depende não só da necessidade de investimento pessoal, como também do grau de complexidade das funções que executa (Pedroso, 1996).

Parte da função da SC é criar uma força de trabalho ciente dos dilemas éticos, pelo que esta é uma preocupação inerente à sua implementação (Severinsson & Sand, 2010). A reflexão, que surge como alicerce à SC, é baseada

no cerne dos três grandes temas da tomada de decisão ética que têm em consideração as regras, códigos e valores: “É seguro?”, “Está correto?” e “É o mais acertado?” (Butterworth et al., 2008, p. 268). A SC viabiliza que os supervisionados reflitam sobre situações que são difíceis do ponto de vista ético, reforçando não só a sua identidade profissional e a integração das teorias de enfermagem no exercício profissional, como também contribui para o desenvolvimento de competências éticas (Berggren, Barbosa & Severinsson, 2005; Fagermoen, 2008). No entanto, é possível que os enfermeiros que mais necessidade tenham em frequentar programas de SC sejam aqueles que demonstram menos vontade em se empenharem, considerando-a pouco útil (Freshwater, Walsh & Storey, 2002; Winstanley & White, 2003; Olofsson, 2005), pelo que este facto, só por si, tem implicações a nível ético, uma vez que ao não desenvolverem estas competências, os enfermeiros poderão adotar comportamentos eticamente condenáveis, como a não divulgação de incidentes graves ou lacunas (Butterworth et al., 2008).

Apesar de haver pouca investigação sobre o impacto que a SC tem na recuperação dos clientes, importantes progressos têm sido realizados nesse sentido, podendo ser atingidos essencialmente de três formas: através do registo de intervenções clínicas que são importantes para promover o cuidado ao cliente; na alteração da maneira como se avalia a recuperação do cliente; e na perceção dos efeitos que os profissionais de saúde têm na recuperação do cliente (Butterworth et al., 2008). A SC poderá ter benefícios ao nível do processo de cuidar, nomeadamente na recuperação dos clientes, uma vez que os enfermeiros que estão integrados num processo de supervisão não só se sentem mais seguros da sua capacidade em interpretar as emoções e comportamentos dos clientes, como também estão mais conscientes no respeito pela privacidade e autonomia dos mesmos, mostrando-se mais dispostos a incentivar a sua tomada de decisão (Jones, 2001; Wilson, Fawcett & Whyte, 2001; Magnusson, Lützén & Severinsson, 2002).

A SC poderá ainda trazer vantagens em termos de custos, melhoria no atendimento e prestação de cuidados ao cliente, avaliado pelo aumento da satisfação dos mesmos e um menor registo de reclamações e indemnizações, diminuição do número de dias de internamento e aumento do número de altas clínicas mais precoces (Hyrkäs, Lehti & Paunonen-Ilmonen, 2001). Segundo West, Maben e Rafferty (2006), com a implementação da SC podem identificar-se efeitos no bem-estar do cliente, na sua recuperação e na diminuição da mortalidade.

Poder-se-á concluir que mesmo tendo em conta o tempo que os enfermeiros despendem para frequentarem as sessões de supervisão e os honorários do supervisor clínico, o custo global da implementação da SC poderá ser considerado baixo (Hyrkäs, Lehti & Paunonen-Ilmonen, 2001; Winstanley & White, 2003), na medida em que fomenta uma prestação de cuidados mais completa e centrada no cliente (Hansebo & Kihlgren, 2004).

De ressaltar que, frequentemente, os efeitos negativos ou positivos que os enfermeiros poderão ter nos cuidados prestados aos clientes estão relacionados com uma liderança especialmente forte dos gestores de enfermagem (McGill-Hall, 2002 Cit. por Butterworth et al., 2008), potencial *burnout* (Mark, 2004), reforçada oportunidade educativa e maior experiência (Tourangeau et al., 2002).

Numa fase inicial, a implementação da SC nos contextos de saúde revestiu-se de grande dificuldade, uma vez que não havia investigação suficiente que permitisse a construção de um argumento irrefutável para o investimento dos fundos da saúde nesses programas (White et al., 1998; Winstanley & White, 2003). Hoje em dia, devido à evidência científica produzida, começa-se a ter alguma confiança para o fazer, uma vez que a literatura aponta para uma possível relação entre a existência de SC e uma melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, na recuperação dos clientes (Pires, 2004), tanto a nível hospitalar como dos cuidados de saúde primários (CSP) (Magnusson, Lützén & Severinsson, 2002). Apesar da crescente utilização destes processos, nem sempre se encontra evidência científica suficientemente credível sobre a sua eficiência (Levet-Jones & FitzGerald, 2005), devendo-se este facto ao défice de rigor no planeamento e avaliação destes projetos e a práticas menos adequadas no contexto de implementação (Charleston & Happell, 2005; Dias, 2006; Nettleton & Bray, 2008).

Os níveis de compromisso com a SC variam de acordo com a cultura da organização de saúde - que cada vez mais é mencionada como determinante para a implementação dos programas de SC -, disponibilidade de tempo para a supervisão, número de supervisores clínicos e uma série de outros fatores locais (Butterworth et al., 2008; Koivu, Saarinen & Hyrkäs, 2011). Estas variações na estrutura e processo de SC ocorrem maioritariamente como resultado de políticas locais e decisões dos gestores, o que leva a que cada organização de saúde tenha integrado a SC de maneira diferente, como se verifica em contexto hospitalar e de CSP (Winstanley & White, 2003). De facto, vários estudos têm sido elaborados nesse sentido, como o de Koivu, Hyrkäs e Saarinen (2011), que concluíram que em contexto hospitalar os enfermeiros que ocupam cargos de gestão desempenham

um papel preponderante na implementação da SC, uma vez que podem disponibilizar tempo e locais apropriados para que os processos supervisivos ocorram. Nesse sentido, as organizações de saúde devem incluir a SC não só nas suas propostas de trabalho, como também considerá-la parte integrante das funções dos enfermeiros (Koivu, Hyrkäs & Saarinen, 2011).

A maior parte da investigação produzida na área reporta-se a estudos de auto relato ou qualitativos que sugerem que a SC e os seus processos conferem benefícios a vários níveis, embora não seja possível associar todos esses efeitos positivos meramente à SC (Winstanley & White, 2003; Butterworth et al., 2008). No entanto, é perfeitamente correto sugerir que as oportunidades estruturadas para discutir casos relacionados com a prática são vitais para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, para a qualidade da prestação de cuidados e para a segurança dos clientes (Butterworth et al., 2008; Garrido, Simões & Pires, 2008; Liberali & Dall’agnos, 2008). Numa altura em que essas oportunidades estão a ser retiradas e vistas como improdutivas por algumas políticas de gestão, a evidência produzida sugere o oposto e desmente fortemente a ideia prevalecente de que esse seja um tempo improdutivo (Butterworth et al., 2008). De facto, os enfermeiros que são apoiados, sendo-lhes dado tempo para refletirem e desenvolverem competências, terão provavelmente uma importante contribuição no bem-estar e segurança dos clientes, pelo que os gestores deverão ter uma responsabilidade considerável na sustentação e desenvolvimento desta atividade nas suas organizações (Hyrkäs et al., 2003). É ainda de salientar que uma SC mais ineficaz está correlacionada com o aumento da insatisfação, enquanto uma SC mais eficiente poderá estar associada a uma diminuição do *burnout* (Winstanley & White, 2003; Hyrkäs, 2005).

Os benefícios da SC podem continuar mesmo após o término da aplicação do projeto supervisivo (Arvidsson, Löfgren & Fridlund, 2001), não existindo evidência na literatura que sugira a existência de uma “regra de ouro” quanto ao local, tempo e frequência necessária para a aplicação dos processos de SC, uma vez que ao serem afetados pela natureza das práticas e fatores organizacionais, a sua determinação torna-se difícil (Butterworth et al., 2008). Porém, embora se verifique que a evidência científica não é consonante quanto ao tipo de formação recebida e ao número de horas que devem ser dedicadas à SC (Winstanley & White, 2003), poder-se-á concluir que a duração do processo supervisivo tem repercussões na sua efetividade (Hyrkäs, 2005), sendo que a SC poderá ser mais efetiva quando os supervisores clínicos e supervisionados se comprometem a fazê-

la mensalmente, durante um período de 45 minutos a uma hora (Edwards et al., 2005). Segundo Winstanley e White (2003), as sessões de supervisão são mais eficientes quando realizadas em grupo, quando o supervisionado escolhe o supervisor clínico, e quando são realizadas, pelo menos, mensalmente, devendo ter a duração de 60 minutos e serem realizadas fora do local de trabalho. No estudo de Cruz, Carvalho e Sousa (2012), os enfermeiros referem que o tempo despendido nas sessões de supervisão deveria ser contabilizado como tempo de trabalho pelos gestores das organizações de saúde.

Uma relação indicativa da satisfação por parte do supervisor clínico é o facto do trabalho ser recompensado (Hyrkäs & Shoemaker, 2007). No entanto, apesar de se começar a verificar um aumento nos benefícios para quem desempenha o papel de supervisor clínico, a falta de medidas incentivadoras está fortemente enraizada (Pires, 2004), sendo as regalias e o reconhecimento que advêm do cargo insignificantes (Nettleton & Bray, 2008). É então essencial que se implemente uma estratégia de apoio, que assente não só nos programas de formação no contexto da supervisão, mas que passe igualmente pelo aumento da confiança e incentivo por parte dos supervisores clínicos, nomeadamente no desenvolvimento de formação contínua, oportunidade de presença em conferências ou até mesmo por recompensa monetária (Dibert & Goldenberg, 1995; Öhrling & Hallberg, 2001; DeCicco, 2005; Hyrkäs & Shoemaker, 2007; Simões, Alarcão & Costa, 2008).

As funções do enfermeiro supervisor clínico são multifacetadas e de complexa gestão, tendo implicações que ainda se desconhecem (Hyrkäs & Shoemaker, 2007; Simões, Alarcão & Costa, 2008), pelo que se deve encará-las com o profissionalismo e com a importância e o reconhecimento que merecem (Silva, Pires & Vilela, 2011). As organizações de saúde devem ainda supervisionar o desempenho dos supervisores clínicos numa lógica de apoio e desenvolvimento das suas funções e tarefas (Sale, 2000; Carvalho, Ventura & Barroso, 2004; Pires, 2004).

Embora no geral a evidência científica fomente a prática da SC, há enfermeiros que se sentem desconfortáveis com estas políticas, havendo estudos que sugerem o oposto (Butterworth et al., 2008). Estes enfermeiros defendem que a SC poderá não trazer benefícios, sendo antes perspetivada como uma forma intencional de vigilância e controlo, que permite a adoção de valores moralmente superiores, contribuindo para que os profissionais de saúde atuem como juizes da normalidade e exerçam a sua influência para controlar o que eles julgam serem comportamentos de risco (Gilbert, 2001). Referem, ainda, que a SC poderá ser

utilizada não só como uma forma de incutir esses valores moralmente superiores nos enfermeiros, como poderá igualmente servir como instrumento para a gestão organizacional, cujo eixo de ação seria o controlo das atividades realizadas, incentivando-os a revelar a verdade sobre as suas práticas, incluindo as suas dificuldades (Gilbert, 2001; Coelho et al., 2012), pelo que o supervisor clínico pode ser considerado um fator de ansiedade e ameaça (Landmark et al., 2003). No entanto, a SCE não deve ser perspectivada no sentido de monitorização e fiscalização de enfermeiros (Cutcliffe et al., 1998), pelo que, embora haja enfermeiros que possam ter tendência a serem autoritários no desempenho da função de supervisor clínico (Johns, 2001), não se pode ser ingénuo ao ponto de se acreditar que os enfermeiros são passivamente submissos a influências de controlo, uma vez que têm a capacidade de ocultar a verdade se quiserem (Clouder & Sellars, 2004). Não obstante, de uma forma geral, poder-se-á dizer que grande parte da evidência demonstra que a SC é uma experiência positiva e que os enfermeiros referem não se sentirem controlados (Clouder & Sellars, 2004).

No que respeita à implementação da SC, foram identificados quatro tipos de resistência: política do menor esforço, oposição, insubordinação e desconfiança (Cottrell, 2002). De facto, alguns enfermeiros referem não identificar qualquer benefício concreto decorrente da aplicação da SC (Wilson, Fawcett & Whyte, 2001), pelo que abandonam os programas de supervisão (Hyrkäs et al., 2003), havendo mesmo enfermeiros que chegam a questionar o seu valor (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner & Paunonen-Ilmonen, 2002; Derry, 2005).

São várias as razões pelas quais os enfermeiros se podem mostrar assustados e, conseqüentemente, relutantes na participação em programas de supervisão, entre as quais se identificam: o aumento do nível de stresse (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner & Paunonen-Ilmonen, 2002), pois podem perspetivar a SC como uma experiência provocadora de ansiedade na medida em que devem admitir as suas dificuldades (Jones, 2001; Jones, 2003; Johns, 2003); a incerteza quanto à confidencialidade das sessões; e as dúvidas quanto à forma como a informação pode ser utilizada (Turner et al., 2005). Existem ainda outras críticas à implementação da SC, tais como: ser considerado um mero exercício teórico, uma vez que os benefícios que defende não se podem traduzir na prática, pois a SC não é exercida como está concetualizada (Hughes, 2005); as sessões de supervisão serem utilizadas para os supervisionados se queixarem em vez de refletirem construtivamente sobre a prática (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner & Paunonen-Ilmonen, 2002; Johns, 2003; Cruz, Carvalho & Sousa, 2012); as sessões de

supervisão fornecerem demasiado suporte, servindo para confirmar se há união na equipa à custa de examinar as práticas (Walsh et al., 2003; Hughes, 2005); e a falta de apoio por parte das organizações de saúde, nomeadamente na implementação efetiva dos programas de supervisão (Freshwater, Walsh & Storey, 2002).

Um dos obstáculos à implementação dos programas de SC relaciona-se com os custos associados, sendo a falta de tempo disponível para estar com o supervisionado um fator determinante que pode colocar em causa o esclarecimento de dúvidas e o cumprimento dos objetivos de aprendizagem e desenvolvimento, pelo que poderá ser perspectivado como uma das maiores barreiras ao processo de acompanhamento (Winstanley & White, 2003; Pires, 2004; Charleston & Happell, 2005; Nettleton & Bray, 2008; Rogan, 2009). Nesse sentido, tendo em conta as organizações de saúde, os custos que implica repensarem as suas dinâmicas, com o intuito de não sobrecarregar o supervisor clínico, torna-se uma sugestão pouco atraente para os gestores, uma vez que implicaria, num curto espaço de tempo, o aumento dos custos (Rogan, 2009). Porém, como referido anteriormente, os programas de SC são geralmente encarados como bons investimentos considerando os custos significativos associados ao abandono da profissão e outros benefícios, como maior motivação e produtividade dos enfermeiros (Goode & Williams, 2004; White & Winstanley, 2006; Halfer, 2007).

Outros aspetos que podem influenciar a credibilidade dos processos de SC relacionam-se com o facto de a maioria dos métodos de avaliação utilizados serem de cariz qualitativo (Winstanley & White, 2003) e de se verificar existirem diferenças significativas obtidas sobre um mesmo tópico quando se recorre à metodologia qualitativa e quantitativa em simultâneo, como se pode constatar nos trabalhos de Wilson, Fawcett e Whyte (2001), em que foi demonstrado que a diminuição do nível de stresse percecionado qualitativamente pelos enfermeiros, não era suportado pelos dados obtidos quantitativamente através de uma escala de Likert, e também nos trabalhos de Teasdale, Brocklehurst e Thom (2001), em que não era possível estabelecer uma relação entre o *burnout* e a SC depois de ser aplicado o *Maslach Burnout Inventory*, embora durante as entrevistas os enfermeiros tenham respondido afirmativamente a esse tópico. Urge então a necessidade de se criar instrumentos para avaliar a eficiência da SC, pelo que alguns autores consideram fulcral realizar mais investigação quantitativa nesta área (Winstanley & White, 2003).



Em forma de síntese, poder-se-á então dizer que a SCE centra-se em áreas sensíveis da profissão, nomeadamente na segurança dos cuidados, no desenvolvimento de competências e no suporte aos profissionais (Macedo, 2012). A evidência científica sugere que os programas de SC trazem benefícios, mas a sua aplicação reveste-se de dificuldades, sendo a falta de um modelo de supervisão formal e consistente nas organizações de saúde o maior obstáculo a ultrapassar (Charleston & Happell, 2005; Moseley & Davies, 2008; Paton & Binding, 2009). Em Portugal, embora se constatem progressos, ainda é necessário aprofundar a reflexão e investigação nesta área, no sentido de se implementarem políticas bem definidas de SC nas organizações de saúde, dado que estes contextos constituem espaços privilegiados de formação de enfermeiros (Garrido, Simões & Pires, 2008). Nesse sentido, é crucial que se desenvolva mais investigação na área, com o intuito de se obter evidência que estabeleça uma relação efetiva entre a implementação dos programas supervisivos e um maior desenvolvimento profissional e responsabilização pelas práticas exercidas, resultando numa maior segurança dos clientes e, consequentemente, em melhores resultados clínicos.

## 1.2 Conceitos e Modelos

Embora as vantagens da implementação de programas de SC sejam consideradas, de uma forma geral, consensuais, a sua prática não é mundialmente consonante, existindo diferenças significativas não só entre países, mas também dentro do mesmo país (Butterworth et al., 2008), pelo que se verifica a existência de vários conceitos e modelos de SC. De uma maneira geral, verifica-se que os enfermeiros afirmam que “independentemente da terminologia utilizada na atualidade” a SC sempre existiu nas organizações de saúde (White et al., 1998, p. 187). Nos EUA, a SC encontra-se estritamente definida, reportando-se à responsabilidade sobre a *performance* do supervisionado, deixando antever que a relação entre supervisor clínico e supervisionado não é de igualdade, nem tão pouco indicativo de relação entre pares ou colegas (Silva, Pires & Vilela, 2011). Por sua vez, na Europa, este conceito está razoavelmente definido em função da evidência científica produzida (Cutcliffe & Lowe, 2005).

No Reino Unido, em 1993, o *Department of Health* (DoH) definiu a SC enfatizando as suas dimensões pessoais, considerando-a como “(...) um processo



formal de suporte profissional e de aprendizagem, que permite aos profissionais desenvolverem conhecimentos e competências, assumirem responsabilidades pela sua prática e promoverem a proteção e a segurança do cliente em situações clínicas complexas” (DoH, 1993 Cit. por DoH, 2000, p.1). Para Tait (1994 Cit. por Calder, 2005, p. 7) a SC é “(...) um mecanismo para preservar *standards* de qualidade e segurança dos cuidados, proporcionando a melhoria contínua da qualidade”. Apesar da existência de inúmeras definições, todas elas apontam no sentido de que a SC procura criar um sistema de suporte empático em que os participantes têm a oportunidade de avaliar, refletir e desenvolver a sua prática clínica, sendo que a capacidade de reflexão das práticas permite a articulação da aprendizagem com o desenvolvimento de competências e a autorresponsabilização, promovendo a qualidade de cuidados (Abreu, 2003; Winstanley & White, 2003). A SCE está então direcionada para os processos de supervisão de pares, interligando-se com os processos de certificação, qualidade, segurança dos cuidados e formação em enfermagem (Silva, Pires & Vilela, 2011).

A SC pode ser desenvolvida no âmbito da supervisão de estudantes (processo regularmente definido por *Mentorship*), na indução à profissão (regularmente definido por *Perceptorship*) ou na supervisão de profissionais (SCE). No que respeita à supervisão dos estudantes, o Reino Unido destaca-se como sendo um bom modelo de normalização das práticas de supervisão, uma vez que o *Nursing and Midwifery Council* produz regularmente *guidelines* para a SC. Salienta-se, ainda, que todos os enfermeiros que desempenham funções de supervisão não só têm que obter aprovação num programa de formação específico, com atualização anual, mas também têm que estar inscritos no *Nursing and Midwifery Council* há mais de um ano (Silva, Pires & Vilela, 2011). Além disso, devem reunir um conjunto de competências baseadas nos padrões definidos pelo *Royal College of Nursing*, tais como: fornecer suporte ao estudante, auxiliando-o na aplicação da teoria à prática; avaliar, transmitindo *feedback* construtivo; e estimular a prática reflexiva (Myall et al., 2008). O Canadá e a Austrália são também países bastante desenvolvidos no âmbito da SC, uma vez que têm definido *guidelines* direcionadas para os programas de supervisão (DeCicco, 2005), que surgem como instrumentos de qualidade das intervenções de enfermagem, propondo um modo de apoio à tomada de decisão, com o objetivo de incrementar os resultados, minimizar os riscos e aumentar a eficiência dos cuidados de enfermagem (Garrido, Simões & Pires, 2008).

À semelhança do que é feito para os estudantes, considera-se crucial a elaboração, por parte dos profissionais que trabalham nas áreas clínicas, de

normas de orientação clínica e a sua implementação a nível organizacional. De facto, as normas de orientação clínica constituem-se como definições válidas e aceitáveis da qualidade dos cuidados, devendo conter critérios que permitam que os mesmos sejam medidos e avaliados em termos de efetividade e qualidade (Sale, 2000). Contudo, apesar de existirem normas e regulamentos, os supervisores clínicos não se sentem totalmente preparados e confiantes para desempenharem o seu papel (DeCicco, 2005; Paton & Binding, 2009). Em Portugal, apesar da existência de formação pós-graduada, de mestrado e trabalhos de doutoramento na área da SCE, não se encontram diretrizes tão específicas como nos EUA, Reino Unido, Canadá e Austrália, admitindo-se porém a inevitabilidade de políticas dessa natureza, face à atual conjuntura do desenvolvimento profissional (Silva, Pires & Vilela, 2011).

Em 2010, a OE publicou um caderno temático - Modelo de Desenvolvimento Profissional: Fundamentos, Processos e Instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências - onde são explanados conceitos como SC, modelos de supervisão/tutoria, funções dos supervisores clínicos e tutores e critérios para a certificação de competências (OE, 2010). A OE encara o processo supervisoivo como motor essencial para a especialização e profissionalização dos enfermeiros e licenciados em enfermagem, devendo este processo ser essencialmente direcionado para as dimensões pessoais e profissionais dos enfermeiros, suprimindo as suas necessidades ao nível emocional, cognitivo e afetivo (OE, 2010).

Numa reflexão sobre o processo supervisoivo, Macedo (2012) salienta a componente de suporte profissional (dos futuros enfermeiros e dos profissionais de enfermagem), de crescimento e partilha e de proteção do cliente, realçando que a SC, quando assente em princípios democráticos e mecanismos de reflexão, deve possibilitar o desenvolvimento de competências, de habilidades e de responsabilidades fundamentais à autonomia profissional.

Antes de se abordarem os modelos que suportam a prática de SC, salienta-se que um modelo é um quadro conceptual que explicita um conjunto de conceitos e ideias que permitem ao indivíduo orientar o pensamento, fazer uma leitura dos fenómenos e possuir um referencial para a ação (Sloan & Watson, 2002). Por sua vez, supervisionar pressupõe que se usem os conhecimentos para ajudar o supervisionado a refletir e a organizar o seu pensamento, contribuindo para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, pelo que este processo não deve ser fundamentado no imprevisto, mas sim em conceções que visem

sistematizar e integrar os conceitos de maneira a alcançar a formação de profissionais cada vez mais competentes em todos os níveis (Abreu, 2007).

Atualmente existem vários modelos de SCE, sendo que alguns deles foram apropriados e aplicados de outras disciplinas como a psicoterapia e o *counselling* (Garrido, Simões & Pires, 2008). De acordo com Hrykäs (2002), a partir dos anos 90 foram criados diversos modelos de SC no âmbito de enfermagem que, devido às suas características, investigadores como Faugier e Butterworth, Farrington, Cutcliffe e Epling, e Bernard e Goodyear sentiram necessidade de sistematizar. Deste modo, em 1993, Faugier e Butterworth enquadraram os modelos de SC numa taxonomia de três grupos: modelos que descrevem a SC tendo em conta a relação supervisiva e seus constituintes; modelos que descrevem as funções principais do papel da supervisão e modelos que promovem o desenvolvimento. Por sua vez, Farrington, em 1995, sugeriu que os modelos de SC podem ser sistematizados em: modelos centrados no cliente; modelos triádicos; modelos multiculturais; modelos interativos e modelos de desenvolvimento e suporte. Em 1997, Cutcliffe e Epling defenderam a existência de quatro taxonomias centrais: de suporte; desenvolvimentais; centradas no cliente e de investimento dos profissionais. Por último, em 1998, Bernard e Goodyear sugeriram a categorização dos modelos baseados na saúde mental e no *counselling*: modelos baseados em psicoterapia; modelos centrados no desenvolvimento; modelos centrados nos papéis sociais e modelos ecléticos ou integrados.

No entanto, em 2002, Hrykäs surgiu com uma nova proposta de sistematização: modelos centrados no desenvolvimento; modelos centrados nas funções da SC; modelos centrados na relação de SC e modelos centrados nos cuidados ao cliente.

No que respeita aos modelos centrados no desenvolvimento, como o de Faugier (1992) e o de Friedman e Marr (1995), estes encontram-se focalizados no desenvolvimento profissional e crescimento pessoal do supervisionado, pelo que o supervisor clínico tem o papel de facilitar este processo de desenvolvimento, promovendo suporte essencial para o exercício de uma prática de excelência (Hrykäs, 2002).

De acordo com Cottrell e Smith (2002), os modelos centrados nas funções de SC, tais como o de Proctor (1986) e o de Paunonen (1999), descrevem a organização das funções da supervisão, fornecendo orientação no que respeita aos focos e à organização das suas sessões, pelo que não só são considerados modelos úteis no início da supervisão, tendo em conta a insegurança inicial dos

supervisionados, como também são modelos aplicáveis a todas as áreas de supervisão.

Relativamente aos modelos centrados na relação supervisiva, como o de Heron (1990), o de Farrington (1995), o de Cutcliffe e Epling (1997) e o de Severinsson (1995, 2001), estes focalizam-se na natureza da relação supervisiva, no nível de desenvolvimento do supervisionado e na forma como isso poderá afetar a relação e o trabalho de supervisão, pelo que proporcionam orientação ao supervisor clínico, no que respeita ao desempenho do seu papel e à gestão do processo supervisivo (Hyrkäs, 2002). Estes modelos são considerados úteis quando o próprio relacionamento supervisivo é perspectivado como o agente central da mudança ou quando o crescimento e o desenvolvimento pessoal e profissional constituem necessidades supervisivas fundamentais (Cottrell & Smith, 2002).

Por último, os modelos centrados nos cuidados ao cliente foram desenvolvidos de forma mais consistente por Ekstein e Wallerstein (1872) e por Hawkins e Shohet (1996), sendo que o trabalho dos primeiros autores é considerado um dos pioneiros, no sentido de retratar e definir claramente a SC como um processo de ensino e aprendizagem, pelo que este modelo foi crucial na distinção explícita de SC e psicoterapia (Hyrkäs, 2002). De facto, o modelo de Ekstein e Wallerstein baseia-se no pressuposto de que os diferentes estilos de supervisão não podem ser explicados pelos estádios de desenvolvimento, tarefas ou intervenções, estando antes relacionados com a tomada de decisão do supervisor clínico que é composta por dois sistemas ou matrizes interligados: sistema terapêutico (relação supervisionado/cliente) e sistema de supervisão (relação supervisionado/supervisor clínico). Nesse sentido, este modelo é considerado flexível, uma vez que prevê que possam ocorrer diversas modalidades de SC durante o decurso de uma sessão de supervisão (Hyrkäs, 2002).

De acordo com Winstanley e White (2003), dos vários modelos de SC que foram desenvolvidos ao longo dos anos, os três mais frequentemente mencionados são: o Modelo de Desenvolvimento e Suporte (Faugier, 1992); o Modelo da Abordagem Integrativa (Hawkins & Shohet, 1989) e o Modelo de Supervisão Clínica de Proctor (Proctor, 1986).

O Modelo de Supervisão Clínica de Proctor é aquele a que se recorre com maior frequência em enfermagem (Cutcliffe, Butterworth & Proctor, 2001). Como referido, está inserido nos modelos centrados nas funções de SC, visto que se focaliza na orientação dos conteúdos das sessões e na descrição das funções da SC (Hyrkäs, 2002) e integra pressupostos teóricos de inolvidável valor para o processo

supervisivo, existindo três tarefas fundamentais nesse processo: proporcionar ao supervisionado reflexões sobre as suas práticas através da formação, contribuindo para o incremento das suas habilidades; avaliar a qualidade dos cuidados prestados ao cliente, através de critérios de verificação e mensuração discutidos na relação supervisiva e resultados das práticas; e fornecer suporte aos profissionais, no desempenho da sua prática clínica, nos vários contextos da área de saúde (Cutcliffe, Butterworth & Proctor, 2001).

É considerado um modelo flexível, pois permite ao supervisor clínico focalizar a sua atenção para apenas uma ou todas as suas funções, dependendo das necessidades do supervisionado, sendo esta uma das características que o torna muito utilizado no contexto da prática (Sellars, 2004). Brigid Proctor refere que as três funções envolvidas no exercício da SC, a nível dos processos e resultados, são a formativa, a restaurativa e a normativa (Bowles & Young, 1999).

A função formativa relaciona-se com a aprendizagem e o desenvolvimento de conhecimentos e competências pessoais e profissionais (Sloan, White & Coit, 2000; Winstanley & White, 2003; Abreu, 2007; Silva, Pires & Vilela, 2011), ambicionando com a sua incrementação uma melhoria na criatividade e inovação dos enfermeiros e uma maior consciencialização profissional (Brunero & Stein-Parbury, 2008) ao nível das tarefas, das decisões e da prática reflexiva (Fowler, 1996).

No que concerne às tarefas, o supervisionado poderá sentir necessidade de se focar na aprendizagem de tarefas e de procedimentos, de modo a garantir o domínio de um grande e diverso leque de competências, visando a sua capacitação cognitiva (Fowler, 1996). Relativamente às decisões, o supervisionado baseia-se em critérios de prioridade e juízos pessoais, quando diariamente é confrontado para tomar uma decisão autónoma. É no entanto de ressaltar que, se por um lado algumas decisões são tomadas de acordo com procedimentos e protocolos existentes na organização de saúde, outras, sem critérios delineados, poderão constituir dilemas éticos e/ou desafios para a sua responsabilidade profissional (Fowler, 1996). A prática reflexiva corresponde à terceira área da função formativa, em que o supervisionado é encorajado a abordar, na sessão de supervisão, aspetos relacionados com a sua prática, com a organização de saúde ou mesmo com o supervisor clínico. Pretende-se, assim, uma melhoria da gestão dos cuidados e, se possível, solucionar problemas pertinentes no decorrer do seu exercício profissional (Fowler, 1996).

O tempo de experiência do enfermeiro encontra-se intrinsecamente ligado à função formativa, de tal forma que os enfermeiros com uma menor experiência

profissional demonstram uma maior necessidade de recurso a esta função durante o processo de supervisão (Brunero & Stein-Parbury, 2008). Nesse sentido, a parceria entre supervisor clínico e supervisionado, com recurso à reflexão sobre os cuidados prestados e à análise de incidentes críticos (Cutcliffe et al., 1998), é fulcral no sentido de suprimir as necessidades formativas do supervisionado (Fowler, 1996).

Apesar da função formativa ser considerada a base da SC, a evidência sugere que a função abordada com maior frequência é a restaurativa (Butterworth et al., 2008), o que permite constatar que os enfermeiros necessitam de um apoio efetivo, devido ao desgaste e stresse que a profissão de enfermagem acarreta, sendo que a diminuição da incidência de stresse e *burnout* está associada ao desenvolvimento de uma forte e consistente identidade profissional e à obtenção de uma maior satisfação no trabalho (Winstanley & White, 2003; Hrykäs, 2005; Brunero & Stein-Parbury, 2008; Fagermoen, 2008). Esta função está direcionada para as respostas emocionais e para o suporte necessário às funções e responsabilidades exigidas pelo contexto, tendo essencialmente como objetivos reduzir os níveis de ansiedade e stresse, promover a melhoria das relações interpessoais, reduzir situações de conflito e aperfeiçoar estratégias de *coping* (Winstanley & White, 2003; Abreu, 2007; Silva, Pires & Vilela, 2011). A função restaurativa destaca-se na oferta de auxílio e suporte aos enfermeiros durante o exercício da prática profissional, centralizando-se no desenvolvimento, motivação, satisfação profissional e manutenção do bem-estar, devendo o supervisor clínico questionar o supervisionado sobre o tipo de apoio que necessita, transmitindo-lhe conforto e segurança, ao mesmo tempo que realça a falibilidade da condição humana (Cutcliffe et al., 1998).

Por último, a função normativa centra-se na responsabilidade, consciencialização e adesão às normas e protocolos profissionais (Bowles & Young, 1999), pelo que o supervisor clínico deverá recorrer a estratégias de SC de forma a promover e incrementar o exercício profissional, avaliar a qualidade e assegurar a gestão dos cuidados prestados e garantir a segurança dos clientes (Winstanley & White, 2003; Sellars, 2004; Abreu, 2007; Brunero & Stein-Parbury, 2008; Silva, Pires & Vilela, 2011). De forma a alcançar estes objetivos, o processo de supervisão não pode ser rígido e inflexível, cabendo ao supervisor clínico encorajar a discussão sobre os padrões da prática profissional e ética, e, ainda, criar uma atmosfera de reflexão e responsabilidade conjunta crucial para o desenvolvimento de uma prática competente (Cutcliffe et al., 1998).

No sentido de avaliar a eficácia da aplicação das conceções propostas pelo Modelo de Supervisão Clínica de Proctor, Butterworth (1996) refere que podem ser utilizadas escalas específicas para medir cada uma das três funções: a componente normativa com a *Minnesota Job Satisfaction Scale*; a função restaurativa com o *Harris Nurse Stress Index*, *Harris*, *Maslach Burnout Inventory*, *General Health Questionnaire* e *The Cooper Coping Skills Questionnaire*; e a função formativa através da implementação de métodos qualitativos, recorrendo-se a entrevistas semi-estruturadas. Esta avaliação deve ter como objetivos desenvolver a SC, tendo em conta os contextos específicos da prática, e motivar os enfermeiros a interrogarem-se sobre o que pretendem da SC (Coombes, 1997).

Em suma, o modelo de SCE não só deve ser conceptualizado pelos atores no processo, como também deve ser flexível, de forma a responder às necessidades dos enfermeiros *in loco* (Cruz, Carvalho & Sousa, 2012). Na implementação de um programa de SC a escolha do modelo a seguir será determinante para a definição de normas de atuação, sendo estas essenciais para os enfermeiros, pois permitem saber os resultados esperados, uma vez que as *guidelines* encerram em si, numa terminologia mensurável, o que é esperado na prática (Sale, 2000). De acordo com a evidência científica, a natureza educacional e de suporte da SC são as mais frequentemente abordadas (Butterworth et al., 2008), pelo que se compreende que a implementação dos processos supervisivos seja especialmente útil na partilha de sentimentos, emoções e experiências clínicas vivenciadas pelos enfermeiros, pois permite a criação de um ambiente de reflexão e suporte, tornando-se numa valiosa componente de apoio na compreensão das suas necessidades e anseios (King's Fund, 2000; Brunero & Stein-Parbury, 2008). No entanto, o elemento formativo da SC é relatado como uma parte importante do desenvolvimento profissional contínuo do enfermeiro, uma vez que suporta a aprendizagem ao longo da vida (Wood, 2004). Desta forma, conclui-se que os objetivos da SCE poderão ser agrupados de acordo com as funções do Modelo de Supervisão Clínica de Proctor, tornando-se então premente a implementação de normas e/ou diretrizes para a supervisão de pares (função normativa) nas organizações de saúde, sustentadas não só na componente cognitiva e intelectual (função formativa), mas também na componente social e interpessoal (função restaurativa), de forma a suprir todas as funções deste modelo.



### 1.3 Formação e Reflexão em Supervisão

O processo de supervisão engloba nas suas funções um elemento formativo (Wood, 2004), que só é passível de ser atingido se ocorrer reflexão, sendo determinante que o enfermeiro reflita sobre as suas práticas e retire substratos para sustentar a sua tomada de decisão, aprendendo e melhorando a qualidade do seu exercício profissional (Severinsson & Sand, 2010). Uma vez que é central ao propósito da SCE a promoção da aprendizagem e o suporte ao processo de socialização profissional (Garrido & Simões, 2007), é necessário que, aquando do processo supervisivo, os supervisores clínicos conheçam e respeitem o supervisionado, proporcionando-lhe diversas situações de aprendizagem relevantes para a sua tomada de decisão, preparando-o, desta forma, para as imprevisibilidades dos contextos das práticas, que exigem, cada vez mais, profissionais capazes e bem preparados sob o ponto de vista crítico-reflexivo (Garrido, 2004). Em enfermagem, dois dos agentes cruciais à aprendizagem são a experiência e a reflexão, pelo que a experiência quando é refletida e conceptualizada permite compreender a realidade, contribuindo desta forma para que se prestem cuidados de qualidade (Alarcão & Rua, 2005).

A prática reflexiva tem então vindo a ganhar espaço no seio da disciplina de enfermagem, enquanto veículo promotor do desenvolvimento pessoal, profissional e humano, tornando-se uma questão-chave, regularmente mencionada quer em contexto de prestação de cuidados, quer a nível dos programas de educação (Howe, 2006; Gustafsson, Asp & Fagerberg, 2007). Porém, o ambiente propício à realização da SC não depende só das características do supervisor clínico, pelo que é igualmente necessário que as condições de trabalho sejam favoráveis, no sentido de ser criado um ambiente afetivo-relacional entre o supervisor clínico e o supervisionado, com o objetivo de lhe proporcionar suporte técnico, emocional e cognitivo, possibilitando o desenvolvimento de aptidões técnicas, comunicacionais, atitudinais e cognitivas (Garrido, 2004).

A aquisição de competências necessárias ao desempenho do exercício profissional com elevado nível de qualidade constitui uma preocupação não só das instituições responsáveis pela certificação da qualidade, mas também do próprio profissional (Carvalho, Ventura & Barroso, 2004; Garrido, Simões & Pires, 2008). Nesse sentido, torna-se importante elencar as características que um supervisor clínico deverá apresentar, com o intuito de otimizar a sua intervenção junto do



supervisionado, permitindo-lhe desenvolver as competências consonantes com a qualidade do exercício profissional (Ping, 2008). O supervisor clínico deverá então ser um profissional com experiência que, após programas de formação específicos, reúna um conjunto de características pessoais e profissionais essenciais ao seu compromisso de supervisionar. A nível das características pessoais evidenciam-se: a empatia, autoestima positiva, facilidade no relacionamento interpessoal, saber ouvir, capacidade de observação e análise e boa comunicação (*feedback*). No que respeita às características profissionais, salientam-se a competência profissional, organização, capacidade de liderança e gestão de conflitos, imparcialidade, dinamismo e espírito de equipa, disponibilidade para estar com os colegas e ouvir, capacidade de diálogo, compreensão e simpatia (Garrido, 2004). Além de ser detentor destas características, o supervisor clínico não deverá: ser demasiado flexível e permissivo, ter um nível de exigência reduzido e demonstrar falta de objetividade ou parcialidade na avaliação (Garrido, 2004).

De uma forma geral, poder-se-á dizer que é crucial que o supervisor clínico integre atributos como experiência, perícia, aceitabilidade e treino, que lhe permitam promover um clima de aprendizagem favorável ao desenvolvimento de competências do supervisionado e resolver situações imprevistas que ocorram no processo superviso (Cottrell, 2000), uma vez que o seu papel assenta não só no desenvolvimento de atividades no domínio do supervisionar, ensinar, instruir, treinar, aconselhar e avaliar, mas também passa pelo apoio e suporte (Rogan, 2009).

As dificuldades sentidas pelos supervisores clínicos no desempenho da função de supervisão em Portugal vão de encontro ao que se passa noutros países (Pires, 2004). Decorrente do exercício de supervisão, poder-se-ão então referir como possíveis limitações: o assumir de uma nova função e a necessidade de preparação/formação para o desempenho desse novo papel; a inexistência de sistematização e linhas orientadoras de supervisão; e, ainda, a discrepância entre os modelos expostos e os modelos em uso, que na prática se repercute na diferença dos recursos necessários e dos recursos disponibilizados pelas organizações de saúde, nomeadamente no que concerne à sobrecarga de trabalho e à falta de tempo para acompanhar o supervisionado (Bourbonnais & Kerr, 2007; Moseley & Davies, 2008; Myall et al., 2008; Nettleton & Bray, 2008; Paton & Binding, 2009; Rogan, 2009).

No entanto, algumas destas dificuldades poderiam ser atenuadas ou até mesmo colmatadas se o supervisor clínico tivesse formação e treino específico que incidisse, pelo menos, nos métodos de *feedback* construtivo e no desenvolvimento

de capacidades de promoção de conhecimentos e competências (Carvalho, Ventura & Barroso, 2004; Moseley & Davies, 2008), devendo ser criadas oportunidades de formação contínua (Myall et al., 2008), e se ocorresse uma normalização e formalização das políticas e processos de SC, criando-se protocolos e diretrizes de atuação (Charleston & Happell, 2005). Além disso, seria necessário disponibilizar suporte ao supervisor clínico não só por parte da gestão das organizações de saúde, mas essencialmente por parte da equipa de enfermagem (Bourbonnais & Kerr, 2007; Hyrkäs & Shoemaker, 2007; Paton & Binding, 2009), uma vez que só através da discussão e reflexão sobre questões relacionadas com a própria organização de saúde é que o supervisor clínico poderá desenvolver competências para a prática pedagógica e o supervisionado uma formação mais eficiente (Paton & Binding, 2009; Rogan, 2009).

Sendo certo que a formação procura a transformação social a todos os níveis (Moura & Mesquita, 2010), poder-se-á dizer que a implementação de programas supervisivos contribui decisivamente nesse sentido, uma vez que os enfermeiros que experienciaram a SC consideram-se mais eticamente sensíveis (Severinsson, 2001) e conscientes da sua responsabilidade profissional (Jones, 2003), descrevendo um respeito renovado pelos clientes e uma maior sensibilidade pela sua dignidade (Hansebo & Kihlgren, 2004). Compreende-se então que o elemento formativo da SC seja relatado como essencial ao desenvolvimento profissional do enfermeiro, uma vez que suporta a aprendizagem ao longo da vida (Wood, 2004). Como resultado da implementação da SC, os enfermeiros referem não só sentir-se mais capazes de verbalizar o seu próprio conhecimento (Arvidsson, Löfgren & Fridlund, 2003), como também mencionam um aumento no conhecimento pessoal, no conhecimento partilhado e no conhecimento teórico (Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen, 2001), que se traduz numa resolução de problemas mais eficiente (Žorga, 2002).

Para que os objetivos da função formativa da SC sejam alcançados, o supervisor clínico deverá disponibilizar ao supervisionado um conjunto de estratégias preponderantes para o desenvolvimento e incremento do seu processo de construção do conhecimento profissional. Na seleção dessas estratégias o supervisor clínico deverá estar atento às características do supervisionado, nomeadamente aos seus conhecimentos e personalidade (Pires, 2004; Fonseca, 2006; Chong, 2009; Moura & Mesquita, 2010). Uma vez que o processo de formação profissional é complexo, urge a necessidade de um contínuo aperfeiçoamento, para que a qualidade da formação, da assistência e da pesquisa

desenvolvidas estejam relacionadas às práticas, aos conhecimentos e às experiências construídas (Cossa & Almeida, 2012). Neste sentido, a SCE deverá sustentar-se nos princípios da educação de adultos, visto que todos os intervenientes são adultos.

O debate sobre as necessidades de SC dos enfermeiros no exercício profissional é de âmbito internacional, colocando-se cada vez mais em causa as práticas tradicionais (Rogan, 2009), pelo que se torna fulcral a mudança de uma conceção hegemônica tradicional para uma conceção interacionista, devendo ser criado um método em conjunto com o supervisionado em detrimento da imposição do mesmo, no sentido de permitir e incentivar os processos de procura autónoma de conhecimentos (Pinto, 2007). Este método de aprendizagem deve proporcionar ao enfermeiro a consciencialização da necessidade de formação contínua para uma intervenção crítica sobre a sociedade e também a exploração das suas experiências, realidades e relações diretas com o mundo (Moura & Mesquita, 2010). Pretende-se, assim, que a SCE fomente uma orientação de adultos que, através de processos reflexivos, esteja focalizada para a resolução dos seus problemas e tarefas que decorram essencialmente de processos quotidianos, com implicações diretas na sua satisfação profissional, autoestima e qualidade de vida (Begat et al., 1997; Carvalho et al., 2010).

A prática reflexiva surge cada vez mais como um fator determinante no desenvolvimento profissional do enfermeiro, uma vez que lhe permite desenvolver novos *insights* que poderão contribuir para transformar a prática, originando novas perspetivas sobre cuidar de si e dos outros (Chamley, 2008). Nesse sentido, a prática reflexiva como parte integrante da SC deve ser considerada um método que permite ao enfermeiro lembrar ou relembrar, descrever, analisar e avaliar as suas experiências, assumindo-se desta forma como uma aprendizagem da prática profissional (Parsell & Bligh, 2001; Smith, 2005; Chamley, 2008). A prática reflexiva pode ser perspetivada como um ciclo contínuo e dinâmico em que a experiência e a reflexão estão inter-relacionadas (Chong, 2009), constituindo-se como uma habilidade que, tal como outros aspetos do exercício de enfermagem, requer tempo para se desenvolver, o que vai exigir um grande esforço quer do supervisionado, quer do supervisor clínico (Bowden, 2003). É igualmente importante reconhecer que a prática reflexiva não fornece necessariamente soluções, originando, na maior parte das vezes, mais questões do que respostas, devendo o supervisor clínico alertar o supervisionado para este facto, no sentido de lhe diminuir o stresse e a frustração que podem advir de nem sempre poder dar resposta às situações com que se depara (Cutcliffe et al., 1998).

Sendo a prática reflexiva entendida como um processo de desenvolver novos *insights* sobre autoconsciência e reflexão crítica, decorrentes de experiências vivenciadas tanto no presente como no passado, podemos concluir que a reflexão e o pensamento crítico são dois conceitos que lhe são subjacentes (Freshwater, Beverley & Sherwood, 2008).

Em 1933, John Dewey (Cit. por Rodgers, 2002, p. 850) definiu reflexão como sendo uma “ (...) consideração ativa, persistente e cuidada de uma crença ou qualquer forma de conhecimento, à luz dos fundamentos que a suportam e das conclusões que daí advêm”, defendendo que as vivências que um indivíduo experiencia são dinâmicas e irão influenciar a qualidade das experiências futuras. Já em 1987, Schön se reporta à reflexão como sendo uma importante estratégia de aprendizagem que ajuda os profissionais a tornarem-se mais cientes do seu conhecimento de base, adiantando que a reflexão integra dois aspetos: reflexão na ação e reflexão sobre a ação. Considera a reflexão na ação como um processo em que o indivíduo reconhece a nova situação ou problema e pensa sobre ele enquanto este ainda está a decorrer, enquanto a reflexão sobre a ação é como a contemplação retrospectiva da prática realizada para descobrir o conhecimento aplicado a uma situação específica, analisando as informações decorrentes da experiência, levando o indivíduo a questionar-se a si próprio sobre outras formas possíveis de ter lidado com a situação e que outro conhecimento poderia ter sido útil. De acordo com James e Clarke (1994), a reflexão implica pensar e analisar criticamente as experiências e ações, com o objetivo de melhorar a prática profissional, o que é corroborado por Maclean (2007). Hong e Chew (2008) referem que o processo reflexivo envolve pensamento crítico. Em 2002, com o objetivo de contextualizar este conceito na disciplina de Enfermagem, Johns definiu reflexão como sendo:

“(...) uma janela através da qual a pessoa que presta cuidados poderá ver e focar-se a si própria dentro do contexto da sua própria experiência vivida para que lhe permita confrontar, perceber e trabalhar no sentido de resolver as contradições da sua prestação de cuidados, tendo sempre em conta o que é desejável e as práticas atuais que se levam a cabo. É pois através do conflito da contradição, do compromisso de realizar o trabalho desejável e de compreender porque é que as coisas são como são, que o praticante é empoderado a tomar medidas mais adequadas em situações futuras” (Johns, 2002, p. 243).

Compreende-se então que a prática reflexiva não está só associada a relações e necessidades individuais, como também a uma maior extensão de sentimentos emocionais e pessoais que têm impacto na aprendizagem intelectual

reflexiva, surgindo assim o pensamento crítico como fundamental no seu exercício, uma vez que possibilita que o enfermeiro não exerça enfermagem de uma forma rotineira, mas antes, que perspetive a realidade de uma forma diferente, questionando o que anteriormente tinha aceiteado como valores, sistemas de crenças e rotinas (Boud & Walker, 1998; Mezirow, 1998; Smith, 2005). De facto, o pensamento crítico envolve também pensar para além duma esfera pessoal, tentando alargar este conhecimento para outros contextos de enfermagem, de saúde e da sociedade (Bowden, 2003). Com o intuito de suportar a ideia que a reflexão e o pensamento crítico estão relacionados, poder-se-á dizer que a reflexão possibilita a “especulação imaginativa”, destacando-se como um trunfo para o enfermeiro, pois ajuda-o não só a lidar com as demandas existente no sistema de saúde, mas também a enfrentar os desafios futuros (Glen, 1995).

Para que o supervisionado possa desenvolver uma prática reflexiva eficiente é primeiro necessário que desenvolva um conjunto de capacidades, tais como: autoconsciência, capacidade de descrever as experiências, análise crítica sobre as experiências e situações, desenvolver novas perspetivas e ainda que seja capaz de avaliar todo o processo (Atkins & Murphy, 1993; Smith, 2005). Com a exceção da autoconsciência, as habilidades mencionadas correspondem às da Taxonomia dos Objetivos Educacionais de Bloom e colaboradores (1956 Cit. por Hong & Chew, 2008) - análise, síntese e avaliação. A SC revela-se então fundamental para o desenvolvimento de uma prática reflexiva, uma vez que estas habilidades cognitivas poderão ser desenvolvidas com a orientação e apoio de um supervisor clínico, pois é através da sua orientação e *feedback* que o supervisionado fomenta o pensamento crítico-reflexivo sobre as suas práticas, modificando os seus valores ou crenças, alterando-as para melhor (Green, 2002).

Com a finalidade de guiar a reflexão, auxiliando este processo, verifica-se a existência de vários quadros de reflexão, como o de Burnard (1991, p. 11) que defende que a reflexão “(...) envolve o retornar à experiência, atendendo aos sentimentos e reavaliar a experiência com base no conhecimento atual e intenção de integrar este novo conhecimento na sua estrutura conceptual”. Existem ainda outros quadros de reflexão, como o de Gibbs, o de Stephenson, o de Bound e Walker ou o de Mezirow, sendo o primeiro considerado o mais útil, uma vez que já foi amplamente usado, tendo obtido sempre críticas positivas pelos seus utilizadores (Bulman & Schutz, 2004).

A SCE é fundamental, na medida em que torna a prática reflexiva uma realidade (McColgan & Rice, 2012). O exercício de uma prática reflexiva é então crucial para a disciplina de enfermagem, uma vez que enfermeiros reflexivos, pela

análise do seu trabalho, contribuem para o desenvolvimento do conhecimento e de uma prestação de cuidados de enfermagem de maior qualidade, enfatizando o importante papel que a enfermagem em geral traz para a sociedade (Hong & Chew, 2008). Através do processo de reflexão crítica, os enfermeiros consciencializam-se sobre a multiplicidade de fatores que condicionam a sua prática, conduzindo a uma prática informada denominada por *praxis* (Bowden, 2003), o que lhes possibilita desenvolverem novas competências (Issitt, 2003), tornando-se desta forma mais competentes, uma vez que a prática reflexiva promove a autoconsciência e motiva à mudança e à melhoria holística da qualidade da assistência de enfermagem (Marrow et al., 2002; Gustafsson & Fagerberg, 2004; Chamley, 2008). É ainda de salientar o facto de a reflexão intencional proporcionar uma oportunidade para examinar a prática e identificar novo conhecimento, pelo que a teoria gerada pela prática contribui para o corpo de conhecimento da disciplina (Chong, 2009), sendo que os momentos de reflexão, compreensão, análise, procura de conhecimento e avaliação das práticas são elementos-chave para o desenvolvimento de um saber contextualizado (Collière, 1990 Cit. por Pedroso, 1996).

Pela análise de conceitos efetuada, depreende-se que o uso da andragogia no âmbito da SCE é considerada uma estratégia e um investimento de sucesso, devendo a sua implementação ser cuidadosamente preparada no sentido de se assegurar uma melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de saúde (Dias, 2006). Para a sua implementação é essencial que sejam especificados os conceitos subjacentes, que se definam claramente metas e objetivos específicos, que se selecione o melhor método de intervenção, tendo em conta o contexto de atuação, que se reconheça a complexidade inerente à seleção das estratégias e que se elabore uma avaliação rigorosa, tanto da própria supervisão, como dos resultados obtidos durante o processo supervisivo (Dias, 2006). No que respeita ao processo de SCE este pode ser perspectivado como crucial à formação dos enfermeiros (Charleston & Happell, 2005), sendo caracterizado pela consciencialização do exercício autónomo-responsável, assente no pensamento crítico, que viabiliza a melhor tomada de decisão (Wisntanley & White, 2003). Contudo, esta componente da formação só poderá ser assegurada com base em parcerias sólidas entre as organizações de saúde e os enfermeiros que participam nos processos de supervisão (Silva, Pires & Vilela, 2011), sendo que esses enfermeiros deverão ser reflexivos, recorrendo à reflexão como meio de

incrementar a sua prática e promover a melhoria da qualidade dos cuidados (Hong & Chew, 2008).

## 1.4 Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem

As estratégias de SCE são consideradas meios para a otimização do desempenho clínico do enfermeiro, pelo que, no sentido de garantir uma implementação eficaz e bem-sucedida da prática reflexiva e, conseqüentemente, promover o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro, o supervisor clínico deve possuir não só conhecimento sobre as metodologias mais eficientes a promover, como também assegurar os recursos clínicos adequados às necessidades de aprendizagem e de desenvolvimento dos supervisionados (Chong, 2009; Moura & Mesquita, 2010). De facto, o supervisor clínico deverá selecionar as estratégias de supervisão que melhor se adequem à personalidade e características do supervisionado, não devendo existir um único método para todos os supervisionados, pelo que, tendo em vista o estabelecimento de uma relação favorável à aprendizagem e os objetivos que se pretendem alcançar, devem ser usadas várias metodologias, uma vez que estas, juntamente com o comportamento, as atitudes e as expectativas relativamente ao supervisionado, são determinantes para o sucesso ou insucesso do processo supervisivo (Pires, 2004; Fonseca, 2006; Jones, 2006).

No sentido de se identificar um conjunto de estratégias de SC, procedeu-se a uma revisão da literatura e evidência científica disponível, tendo-se selecionado as dezasseis consideradas mais relevantes para a SCE, as quais integram o “Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem” (QAFESCE) (anexo I).

As sessões de supervisão, de uma forma geral, são estratégias que possibilitam aos enfermeiros experienciar uma sensação de bem-estar, uma vez que surgem como espaços de partilha de experiências onde sentem dificuldades com alguém que os compreende ou que está disposto a ajudá-los a ultrapassar as situações, pois já vivenciou experiências similares (White et al., 1998). Assim, as sessões de supervisão individuais surgem como uma estratégia estruturada e ativa, desenvolvida entre o supervisor clínico e o supervisionado, que visa a reflexão, a discussão e a análise da prática, bem como a promoção do desenvolvimento



pessoal e profissional, enquanto as sessões de supervisão em grupo só se diferenciam da anterior, por serem desenvolvidas em grupo de pares.

Neste âmbito, a evidência aponta para diferenças na implementação da SC em contexto hospitalar e dos CSP, sendo que os enfermeiros que desempenham funções no hospital preferem escolher os seus supervisores clínicos, ter sessões de supervisão individuais em vez de em grupo e, ainda, que essas sessões sejam efetuadas no próprio hospital e não noutra local (Winstanley & White, 2003). Além disso, a evidência sugere ainda que em meio hospitalar as sessões de supervisão deverão ser efetuadas no máximo de três em três meses, com duração inferior a uma hora, enquanto que nos CSP poderão haver benefícios se essas mesmas sessões ocorrerem mensalmente e durarem mais do que uma hora (Winstanley & White, 2003). Por sua vez, os enfermeiros dos CSP consideram as sessões de supervisão em grupo mais eficientes do que as sessões de supervisão individuais (Johnson, 1995 Cit. por Winstanley & White, 2003), uma vez que esta estratégia pode ser reconhecida como um dispositivo de autorreflexão e autoavaliação dos enfermeiros, na perspetiva de construção de saberes coletivos, tornando-se particularmente útil se estiver relacionado com um incidente ou situação que envolva várias pessoas (Liberali & Dall'agnos, 2008). Nesse caso, o supervisor clínico poderá adotar um dos quadros de reflexão anteriormente mencionados para guiar a sua reflexão, garantindo que todas as pessoas têm oportunidade de contribuir para o processo de reflexão (Bulman & Schutz, 2004).

São vários os estudos que comprovam os benefícios das sessões de supervisão em grupo, sendo que a discussão promovida por este tipo de estratégia pode ser entendida como a deliberação cooperativa sobre os problemas, por pessoas que pensam e conversam em grupos de dois a sete elementos, sob orientação de um supervisor clínico, com o objetivo de chegar a um entendimento da ação (Moura & Mesquita, 2010). No estudo de Moura e Mesquita (2010), efetuado no âmbito da supervisão de estudantes, o grupo de discussão foi eleito como a técnica mais vantajosa para o ensino e aprendizagem de um conteúdo, uma vez que estimula o estudo e a pesquisa, possibilitando a criação de uma visão crítica e reflexiva para a determinação e interpretação dos factos, como ainda viabiliza que o estudante socialize com os restantes membros do grupo. Se isto é verdade para os estudantes, o estudo de Cossa e Almeida (2012) vem comprovar que no que concerne aos enfermeiros esta estratégia reveste-se de inoidável valor, uma vez que é demonstrado que a criação de um grupo de enfermeiros que se reunia sistematicamente com os enfermeiros do hospital com o objetivo de



compartilhar as expectativas em relação a uma nova proposta de trabalho, mostrou-se bastante produtivo, pelo que as sessões de supervisão em grupo possibilitam a reflexão sobre a competência de cada membro da equipa, inclusive da equipa de gestão (Coelho et al., 2012). De facto, em contraste com as sessões de supervisão individuais, as sessões de supervisão em grupo proporcionam a oportunidade para os pares se apoiarem, através da interação entre colegas, no desenvolvimento profissional (Francke & Graaff, 2012). Salienta-se ainda o facto de as sessões de supervisão em grupo permitirem que um número de pessoas receba SC num só momento, pelo que não haverá tantas interrupções no trabalho dos profissionais, quando comparadas com as interrupções que acontecem quando se fazem sessões de supervisão individuais (Winstanley & White, 2003).

O estudo de White e colaboradores (1998) aponta para as sessões de supervisão individuais serem mais comuns do que as sessões de supervisão em grupo, sendo que na segunda estratégia o número de elementos que constituem o grupo varia entre dois a sete; as sessões de supervisão serem agendadas com intervalos diferentes, variando de uma semana até seis semanas, sendo que frequentemente têm um intervalo mensal; na maior parte das vezes cada sessão de supervisão tem a duração de uma hora, independentemente da frequência com que são realizadas, sendo importante respeitar o tempo acordado de duração da sessão; as sessões de supervisão são intencionalmente realizadas em locais calmos, confortáveis e neutros, longe dos locais de trabalhos dos supervisionados; os supervisionados referiram sentir dificuldade na gestão de tempo aquando da prática dos cuidados, no sentido de puderem despende tempo na sessão de supervisão, sendo que muitos deles marcavam as sessões de supervisão para um dia em que estivessem de folga ou então para imediatamente depois de terem acabado o turno; a marcação das sessões de supervisão é geralmente feita com mútuo acordo entre o supervisor clínico e o supervisionado; o assegurar da confidencialidade do conteúdo discutido nas sessões de supervisão é considerado a regra mais importante na aplicação desta estratégia; os tópicos mais frequentemente discutidos nas sessões de supervisão relacionam-se com a prática (nomeadamente com incidentes críticos com clientes), com a organização e a gestão (sendo salientada a falta de apoio), e, ainda, com a educação, formação e desenvolvimento pessoal (dificuldade em desenvolver um espírito de confiança e assertividade entre a equipa de enfermagem, que elevasse a moral da mesma).

Na implementação destas estratégias, o supervisor clínico deverá conhecer as características pessoais do supervisionado, de forma a seleccionar/negociar métodos e técnicas pedagógicas adequadas a essas características e às situações,

devendo monitorizar todo o processo educativo e reformulá-lo, se necessário (Pires, 2004; Fonseca, 2006; Chong, 2009; Moura & Mesquita, 2010). O supervisor clínico deve ainda reconhecer e aceitar a diversidade de comportamentos quando está em grupo, comunicando com o grupo de uma forma clara, formulando perguntas pertinentes, lineares, contextualizadas e neutras, adotando comportamentos assertivos (Carvalho, Ventura & Barroso, 2004).

Uma das dificuldades no desenvolvimento da supervisão prende-se com a relação criada entre o supervisor clínico e o supervisionado, nomeadamente quando os seus aspetos operacionais não são suficientemente discutidos (objetivo, tempo de trabalho, obrigações mútuas), podendo gerar conflitos quanto ao que compete a cada um dos intervenientes (Matumoto et al., 2005), pelo que se torna crucial estabelecer um contrato supervisivo entre o supervisor clínico e o supervisionado que, geralmente, se mantém confidencial (Winstanley & White, 2003). Assim sendo, independentemente de serem realizadas sessões de supervisão individuais ou em grupo, é imprescindível que cada indivíduo participe na transformação para alcançar o resultado desejado, sentindo-se protagonista das inovações e não apenas um executor de um plano de mudanças (Cruz et al., 2006; Cossa & Almeida, 2012).

O feedback é um processo interativo com o objetivo de promover a consciencialização do supervisionado sobre o seu desempenho, uma vez que, partindo da ideia de que a competência se desenvolve na ação e de que sem retroação não há modificação de um estado, a heteroavaliação confirma e complementa a autoavaliação, constituindo-se como um pilar básico no desenvolvimento do supervisionado (Ping, 2008). Aquando da aplicação desta estratégia, o supervisor clínico deverá estabelecer e transmitir objetivos, demonstrando expectativas positivas quanto à evolução da aprendizagem e reforçando positivamente o desempenho adequado, ao mesmo tempo que sinaliza os erros ou aspetos menos conseguidos do desempenho, ajudando o supervisionado a identificar zonas de não saber, propondo desafios e apoiando as dificuldades, envolvendo-o no processo de desenvolvimento (Carvalho, Ventura & Barroso, 2004).

A análise crítico-reflexiva das práticas é uma componente crucial da SC, constituindo-se como uma estratégia formativa essencial, que contribui para o desenvolvimento de capacidades formativas e para o próprio desenvolvimento pessoal e profissional, pelo que urge a necessidade de se criarem espaços para a reflexão nos contextos da prática (Garrido & Simões, 2007). A prática reflexiva,

fomentada pela SC, proporciona “(...) um equilíbrio e uma aliança entre sentimentos, intuição, habilidades emocionais, capacidade cognitiva e quadros conceituais” (Garrido, Simões & Pires, 2008, p. 99). Na aplicação desta estratégia o supervisor clínico deverá promover a autonomia progressiva do supervisionado, questionando-o sobre a sua prática (Carvalho, Ventura & Barroso, 2004), ajudando-o também a desenvolver capacidades de se questionar sobre a mesma.

A análise de casos com o supervisionado é uma estratégia potenciadora do saber contextualizado, através da análise refletida de casos reais da prática clínica ou de episódios significativos, sendo que a análise de casos em grupo é uma estratégia que só difere da anterior por ser aplicada num grupo de pares. No decorrer destas estratégias, o supervisor clínico deverá ajudar o supervisionado a estruturar os seus conhecimentos, estabelecendo conexões entre factos, de forma a equacionar problemas e a estimular a sua capacidade de extrapolação na resolução de situações similares, isto é, deve ensiná-lo a aprender com a experiência (Carvalho, Ventura & Barroso, 2004). Além disso, o supervisor clínico deverá estabelecer um clima de cooperação com o supervisionado, fomentando a contratualização da aprendizagem, que lhe permita analisar em conjunto os incidentes críticos de forma a aplicar técnicas de resolução de problemas (Carvalho, Ventura & Barroso, 2004).

A auto supervisão é uma estratégia de introspeção metacognitiva, de autoanálise e de autorreflexão, que permite ao supervisionado sentir-se mais confiante e seguro das suas práticas, aumentando a sua autoestima (White et al., 1998). Esta estratégia pressupõe que o supervisionado seja capaz de identificar e analisar as suas dificuldades, erros e zonas de não saber, revendo de forma sistemática a sua atuação, utilizar técnicas de autoavaliação, orientar e planear a sua própria formação, aprender com a experiência, equacionar problemas e questionar situações (Carvalho, Ventura & Barroso, 2004).

A análise de documentação dos cuidados de enfermagem constitui-se como uma estratégia que permite obter dados essenciais para discutir e refletir com o supervisionado sobre a conceção de cuidados, pelo que os registos de enfermagem tornam-se importantes na medida que permitem a avaliação das intervenções de enfermagem e, conseqüentemente, dos cuidados prestados aos clientes (Abdon et al., 2009). De facto, a utilização de linguagem classificada como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>), possibilita a deteção, intervenção e avaliação dos cuidados prestados, contribuindo também para o desenvolvimento do pensamento crítico e da capacidade de interpretação de dados por parte do enfermeiro, sendo crucial que se utilize uma metodologia de

assistência, como o processo de enfermagem, de forma a orientar e garantir a segurança no planeamento, execução e avaliação das intervenções de enfermagem, possibilitando assim a melhoria do exercício profissional (Cossa & Almeida, 2012).

Além disso, a implementação das tecnologias para a organização das informações tem sido considerada um fator determinante no que concerne aos problemas relacionados com a documentação, que antes eram difíceis de ser solucionados com rapidez e eficiência (Cossa & Almeida, 2012), pelo que a introdução dos computadores nos SS tem mudado a forma como os enfermeiros prestam os cuidados (Rezende & Gaizinski, 2008). De facto, a evidência demonstra que o registo das intervenções de enfermagem junto ao cliente traz benefícios para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem, pois fornece acesso imediato ao seu processo clínico, não se interrompendo a prestação de cuidados, permitindo um ganho de tempo no acesso a informações referentes ao mesmo (Évora & Dalri, 2002).

Pode-se concluir que quanto mais informação estiver registada no processo clínico do cliente, mais segurança o profissional terá na prestação de cuidados ao mesmo, procurando perspectivá-lo de uma forma holística, uma vez que a informação documentada por esta via pode ser partilhada por todos os profissionais de saúde (Évora & Dalri, 2002). Neste âmbito, pode-se argumentar que em Portugal a implementação desta estratégia supervisiva poderá beneficiar do facto de grande parte das unidades de cuidados de saúde terem implementados sistemas de documentação dos cuidados de enfermagem com base em linguagem classificada (CIPE<sup>®</sup>), em suporte eletrónico.

A demonstração é um processo através do qual o supervisor clínico, recorrendo a métodos de exemplificação, explica ou ensina ao supervisionado como executar ou abordar uma determinada situação, pelo que esta estratégia se torna fulcral para o desenvolvimento da prática e dos saberes na ação (Carvalho, 2003). De facto, esta estratégia constitui um processo estratégico bastante rico, dado que o processo é *in loco*, o que significa que o supervisionado aprende colaborando ou apenas observando a exemplificação do seu supervisor clínico (Simões, 2004). A estratégia de demonstração deverá ser acompanhada de reflexão, podendo surgir sempre que o supervisor clínico sinta necessidade de ter um papel mais ativo perante o supervisionado, ou seja, quando se verifique a necessidade de mobilizar/transpor os conhecimentos para a realização de uma determinada atividade, pelo que nesta situação o supervisor clínico vai

executando a atividade e comentando a mesma, levando o supervisionado a refletir sobre o sentido da ação, permitindo-lhe construir a sua própria maneira de “fazer”, de imprimir um cunho pessoal à sua prática clínica (Rua, 2011).

O relatório reflexivo assume-se como uma estratégia didática de promoção de reflexão e autoavaliação, através de um documento escrito pelo supervisionado, essencial para o seu desenvolvimento pessoal e profissional. Embora a reflexão escrita possa ser percebida pelos supervisionados como um momento de avaliação e/ou crítica, o supervisor clínico deverá proporcionar ao supervisionado um ambiente de apoio, para que o mesmo consiga escrever sobre o que realmente sente, com o intuito de posteriormente refletirem em conjunto sobre as suas ações e alterar práticas menos corretas (White et al., 1998). Esta estratégia visa descrever factos, com alguma reflexão sobre a ação, com o intuito de desencadear momentos de partilha e gestão de angústias, dificuldades e sucessos (Fonseca, 2006). Muitas vezes o relatório reflexivo abarca conteúdos/discussões das sessões de supervisão, uma vez que os supervisionados consideram importante terem esses registos, no sentido de posteriormente refletirem sobre as mesmas (White et al., 1998). O relatório reflexivo destaca-se como sendo uma estratégia essencial para a articulação dos pensamentos e emoções do supervisionado, constituindo-se como um importante instrumento de avaliação, uma vez que é algo que o supervisionado pode guardar, servindo de registo, referência e memória, ao mesmo tempo que lhe fornece uma plataforma para a expressão (Hong e Chew, 2008).

A supervisão à distância por telefone, por e-mail ou por skype® são estratégias que permitem ao supervisionado aceder ao supervisor clínico, em tempo real ou acordado, para reflexão das práticas e obtenção de apoio. No que concerne à supervisão à distância por telefone, verificou-se que esta estratégia é considerada fulcral, na medida em que possibilitou difundir a SC ao nível dos CSP, sendo que para a sua aplicação é agendado uma altura conveniente entre o supervisor clínico e o supervisionado para o primeiro telefonar, registando as perguntas dos supervisionados numa base de dados, onde também anota outros dados relevantes (Thompson & Winter, 2004). Relativamente às estratégias de supervisão à distância por e-mail ou por videoconferência, nomeadamente através da utilização da aplicação informática skype®, a sua utilização beneficia os enfermeiros dos CSP, permitindo que se faça SC a longa distância, pelo que os mesmos preferem esta última estratégia em detrimento do uso do telefone ou e-mail (Marrow et al., 2002). Uma das razões que levam os enfermeiros dos CSP a

recorrerem mais frequentemente às estratégias de supervisão à distância do que os enfermeiros que exercem as suas funções em contexto hospitalar, poder-se-á relacionar com a dificuldade em aceder ao supervisor clínico em tempo real e oportuno, uma vez que, na maioria das vezes, trabalham em edifícios separados (Marrow et al., 2002).

O apoio é uma estratégia que visa ajudar o supervisionado na sua prática clínica, reduzir o stresse, prevenir o *burnout* e aumentar a sua satisfação pessoal. Entre os aspetos mais importantes da SC é de salientar o suporte pessoal, o suporte emocional e o uso terapêutico do ego na relação supervisaiva, sendo estes influenciados pelo contexto organizacional e cultural onde a SC se desenvolve, e ainda pelo grau de liberdade com que é permitido ao supervisionado e ao supervisor clínico reconhecerem e desenvolverem habilidades emocionais (Garrido, Simões e Pires, 2008). Cabe portanto ao supervisor clínico criar um ambiente de apoio incondicional ao supervisionado, de forma a viabilizar não só a exploração dos dilemas, mas também a otimização da compreensão e da resolução dos problemas, salvaguardando a qualidade da sua prática e potenciando o seu desenvolvimento (Cutcliffe et al., 1998). Torna-se igualmente imprescindível que o supervisor clínico realize “conexões/ligações” com ele próprio, com as suas funções, com os pares e com o amplo sistema de saúde, uma vez que quando estas ligações não estão presentes, a relação de supervisão resulta em frustração (Charleston & Happell, 2005).

A formação contínua é entendida como uma estratégia formativa essencial para a atualização de conhecimentos e práticas, uma vez que é perspectivada como algo que deve acompanhar o profissional ao longo do seu percurso, contribuindo para a construção do seu conhecimento, formação e desenvolvimento profissional (Pires, 2004). Deverão ser contemplados *timings* para a atualização profissional e formação contínua do enfermeiro, que deve ter supervisão contínua apropriada, no sentido de progredir o apoiar a progredir profissionalmente (Garrido, Simões & Pires, 2008).

Uma vez que na atualidade os contextos de saúde estão sempre a modificar-se, fruto da interculturalidade que se vivencia, torna-se urgente que os enfermeiros alcancem e desenvolvam conhecimentos, habilidades e competências que lhes possibilitem não só compreender e tomar decisões relativamente à prestação de cuidados ao cliente, mas também pensar e agir em contextos de trabalho com características culturais, sociais e organizacionais muito próprias (Fonseca, 2006). A formação contínua torna-se essencial na promoção de uma

nova mentalidade, que deve ser centrada na educação permanente, possibilitando a todos os profissionais um desenvolvimento contínuo, de forma a superarem dificuldades com empenho, participação e criatividade, viabilizando, assim, a permanente melhoria dos SS e dos próprios profissionais envolvidos (Pisco, 2000). Acrescenta-se a estes factos a incrementação dos programas de acreditação da qualidade, que vieram igualmente contribuir para o desenvolvimento da formação contínua, sendo que em 1996 foi celebrado o Ano Europeu da Aprendizagem ao Longo da Vida, tendo em vista a satisfação, valorização e melhoria da qualidade dos cuidados (Pires, 2004). No âmbito da formação contínua, o supervisor clínico deve incentivar a pesquisa, fornecendo instrumentos de qualidade das intervenções de enfermagem como, por exemplo, *guidelines*, uma vez que estas têm sido propostas como um modo de apoio à tomada de decisão, possuindo o potencial de melhorar os resultados, minimizar os riscos e aumentar a eficiência dos cuidados (Carneiro, 2001).

Por último, a observação surge como um processo estruturado de observação das práticas e atitudes do supervisionado, pelo que quando o supervisor clínico utiliza esta estratégia, assumindo o papel de observador, deverá registar informações, estabelecer critérios, dar opinião e providenciar *feedback* adequado e essencial para a otimização da comunicação e dos processos de auto e hétero conhecimento (Fonseca, 2006). Esta estratégia pode ser dividida em três abordagens: naturalista, em que o observador regista o que vê dentro de um determinado contexto, desvalorizando o pormenor; ocasional, também inserida num determinado contexto, mas direccionada para determinado aspeto, procedendo-se à sua detalhada descrição; e sistemática, centrada nos comportamentos observáveis e quantificáveis (Estrela, 1994 Cit. por Fonseca, 2006).





## **2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

O processo de investigação deve envolver uma fase metodológica onde para além de se explanar a justificação do estudo, a sua finalidade e objetivos, se define o desenho da investigação, a população do estudo, o plano de amostragem, os instrumentos de colheita de dados, os métodos de colheita e de tratamento de dados e ainda se referencie as considerações éticas (Fortin, 2009). No desenvolvimento de um projeto de investigação é crucial o papel que a metodologia desempenha, visto que os resultados finais são condicionados pelo método e forma como se obtiveram os dados (Polit & Beck, 2011). Compreende-se então que o fenómeno objeto de análise, a abordagem do mesmo e o objetivo da investigação sejam os fatores predominantes para a determinação da metodologia a utilizar num estudo (Fortin, 2003).

### **2.1 Justificação do Estudo**

A investigação constitui um dos pilares de sustentação das profissões, pois é a partir dela que ocorre a produção de conhecimento que fomenta o exercício profissional e a formação dos profissionais, além de suprir as demandas sociais e, ainda, subsidiar a realização de novas pesquisas (Scarpato et al., 2012).

A SCE é uma área que se tem vindo a desenvolver nos últimos anos como forma de viabilizar o desenvolvimento do conhecimento e das competências pessoais e profissionais dos enfermeiros, essenciais à tomada de decisão autónoma (Winstanley & White, 2003; Abreu, 2007; Garrido, Simões & Pires, 2008). De facto, urge o estabelecimento de medidas que promovam o bem-estar e a qualidade das práticas aos clientes (Spence et al., 2002; Cho, Laschinger & Wong, 2006), visando a segurança dos cuidados e a proteção dos mesmos (Winstanley & White, 2003; Pires, 2004; Brunero & Stein-Parbury, 2008).

A SCE surge como resposta à concretização de uma prática de enfermagem de qualidade, uma vez que através do processo de supervisão se provoca o

questionamento das intervenções de enfermagem, com o intuito de melhorar os cuidados oferecidos à comunidade, tornando-os mais significativos para os clientes (Correia & Servo, 2006; Hyrkäs & Shoemaker, 2007; Butterworth et al., 2008; Moura & Mesquita, 2010). Para isso, é necessário que o supervisor clínico implemente estratégias de supervisão dinâmicas e individualizadas, com o intuito de promover o desenvolvimento de cada enfermeiro (Pires, 2004; Fonseca, 2006; Jones, 2006). Torna-se, portanto, pertinente conhecer a percepção dos enfermeiros relativamente à frequência com que as estratégias de SCE são implementadas nas suas práticas e a frequência com que desejariam que estas fossem implementadas, pois só assim se poderão implementar políticas de SCE bem definidas. Como foi referido, não se encontrou evidência científica que explorasse os aspetos supramencionados, pelo que se considerou pertinente realizar um estudo que investigasse esta problemática.

Esta investigação pretende ser um contributo para a clarificação do fenómeno da SCE, ajudando os enfermeiros a consciencializarem-se da sua importância, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade do exercício profissional.

## 2.2 Finalidade e Objetivos

No Plano Nacional de Saúde 2012-2016 é contemplado como um direito fundamental do cidadão o “(...) acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação (...)”, sendo-lhe reconhecido “ (...) toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados” (Direção-Geral de Saúde, 2012, p. 3). No mesmo documento é salientada a necessidade de uma abordagem mais integrada na qualidade dos cuidados de saúde e na segurança dos clientes, envolvendo a promoção da cadeia de valor em saúde, os ciclos de melhoria contínua da qualidade e desenvolvimento profissional e institucional e, ainda, a monitorização, *benchmarking* e avaliação (interna e externa). A nível organizacional é referido que as instituições devem estabelecer políticas de qualidade, incluindo estratégias e processos de promoção da qualidade, segurança, identificação e correção de erros, devendo ser estimulado o trabalho de equipa, a formação, a liderança, a supervisão e divisão de tarefas, a limitação de longos períodos de trabalho e a prevenção do *burnout* (Direção-Geral

da Saúde, 2012). Conclui-se, portanto, que a SCE poderá ser implementada nas organizações de saúde como medida para atingir estes objetivos propostos no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, pelo que é crucial que se continue a desenvolver investigação nessa área.

O presente estudo tem então como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, através da identificação das estratégias de SCE mais adequadas para o processo de supervisão nos contextos de saúde atuais, permitindo aos enfermeiros terem uma participação ativa neste processo, consciencializarem-se da sua importância e melhorarem o seu exercício profissional. Quanto mais consistente e abrangente for o conhecimento da perceção dos enfermeiros relativamente às estratégias de SCE, maior poderá ser o seu contributo para a implementação de programas de SCE bem-sucedidos e eficazes.

Os objetivos de um trabalho de investigação devem “(...) indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue” (Fortin, 2009, p.160), pelo que é crucial que sejam formulados de uma forma clara e precisa no sentido de servir de orientação à tomada de decisão associada a todo o percurso metodológico (Polit & Beck, 2011).

Pretende-se com este estudo atingir os seguintes objetivos gerais:

- Construir um instrumento que permita avaliar a frequência com que são implementadas as estratégias de SCE;
- Construir um instrumento que permita avaliar a frequência com que os enfermeiros desejariam que fossem implementadas as estratégias de SCE;
- Validar um instrumento que permita avaliar a frequência com que são implementadas as estratégias de SCE;
- Validar um instrumento que permita avaliar a frequência com que os enfermeiros desejariam que fossem implementadas as estratégias de SCE;
- Identificar a frequência com que as estratégias de SCE são implementadas nos SS;
- Identificar as estratégias de SCE que os enfermeiros desejariam que fossem mais frequentemente implementadas nos SS;
- Identificar as estratégias de SCE que os enfermeiros desejariam que nunca fossem implementadas nos SS.

Foram ainda definidos como objetivos específicos:

- Identificar a frequência com que as estratégias de SCE são implementadas em contexto hospitalar;

- Identificar a frequência com que as estratégias de SCE são implementadas nos CSP;
- Identificar as estratégias de SCE que os enfermeiros desejariam que fossem mais frequentemente implementadas em contexto hospitalar;
- Identificar as estratégias de SCE que os enfermeiros desejariam que fossem mais frequentemente implementadas nos CSP;
- Identificar as estratégias de SCE que os enfermeiros desejariam que nunca fossem implementadas em contexto hospitalar;
- Identificar as estratégias de SCE que os enfermeiros desejariam que nunca fossem implementadas nos CSP;
- Comparar as estratégias de SCE que os enfermeiros do contexto hospitalar e os enfermeiros dos CSP desejariam que fossem mais frequentemente implementadas.

## **2.3 Tipo de Estudo**

Na elaboração de um trabalho de investigação não existem métodos e/ou técnicas de pesquisa ideais, devendo antes recorrer-se aos que são adequados ao problema de pesquisa, a cada situação, tipo de investigação, objeto investigado, referencial teórico e objetivos (Scarparo et al., 2012).

Atendendo à finalidade e à natureza específica da problemática que se pretende analisar, optou-se por uma abordagem quantitativa. Este tipo de estudos envolvem uma colheita sistemática de informação, recorrendo-se a procedimentos estatísticos para o tratamento dos dados obtidos (Sousa, Driessnack & Mendes, 2007). A opção por um paradigma quantitativo vai de encontro ao que é defendido por Winstanley e White (2003), que referem que é perentório a criação de instrumentos para avaliar a eficiência da SCE, sendo essencial realizar mais investigação quantitativa nesta área.

Este estudo é descritivo comparativo, de cariz exploratório, pois pretende obter-se mais informações sobre as características de uma população ou sobre fenómenos poucos estudados e sobre os quais existem poucos trabalhos de investigação, permitindo ainda evidenciar as diferenças observadas em meio natural nos conceitos relativos a dois ou vários grupos intactos de participantes (Fortin, 2009), ou seja, entre os enfermeiros do contexto hospitalar e dos CSP.

No que respeita à temporalidade, classifica-se como sendo um estudo transversal, pois a recolha de dados acontece num único momento.

## 2.4 População e Amostra

Embora a população seja definida como a agregação total de elementos em que o investigador está interessado, é certo que a investigação pode ser realizada apenas com uma parte da mesma, a amostra, que deve ser representativa, ou seja, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada (Polit & Beck, 2011).

O plano de amostragem é uma etapa do processo de investigação que se reveste de grande importância, uma vez que se reporta ao processo de seleção de uma parte da população para representar fielmente a sua totalidade (Fortin, 2009). Os investigadores especificam então as características que delimitam a população do estudo por meio de critérios de elegibilidade, pelo que a distinção entre população alvo e população acessível torna-se imperioso (Polit & Beck, 2011). Entende-se por população alvo o conjunto de elementos que o investigador deseja estudar e sobre a qual se pretende fazer generalizações, enquanto a população acessível diz respeito aos casos da população alvo que estão alcance do investigador como participantes do estudo, integrando os critérios de inclusão (Fortin, 2009).

Para a presente investigação, a população alvo são os enfermeiros portugueses e considerou-se como população acessível os enfermeiros do Centro Hospitalar de S. João, E.P.E. (CHSJ) e da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. (ULSM). Para integrar a amostra do estudo selecionaram-se os enfermeiros dos serviços de Cirurgia Geral Homens, Medicina B Mulheres e Neurocirurgia do CHSJ e dos serviços de Cirurgia B, Medicina M, Pediatria e Centros de Saúde (CS) da ULSM, num total de 360 enfermeiros distribuídos pelos diferentes serviços e unidades.

Segundo Silva (2001, p. 57), “(...) as inferências causais acerca dos fenómenos que envolvem comportamentos humanos, são provavelmente mais válidas e representativas quando as pessoas em questão participam na sua construção e avaliação”. Uma vez que as práticas supervisivas de estudantes são uma realidade nos contextos de ensino clínico, nomeadamente dos hospitais e

CSP, e o Modelo de Desenvolvimento Profissional uma perspectiva futura, a opinião dos enfermeiros em relação aos conceitos da SC torna-se essencial, na medida em que eles são os “afetados” por estas temáticas (Lanceta 1999, Cit. por Sousa, 2005). Nesse sentido, foram somente definidos como critérios de inclusão no estudo «ser enfermeiro» e «aceitar participar no estudo».

De acordo com Beaud (2003), a escolha do método de amostragem depende de vários fatores, tais como: os recursos que se dispõe, os prazos concedidos, a própria população a estudar, os objetivos pretendidos e ainda a precisão das avaliações. A amostragem é então o processo de seleção de uma porção da população para representar a população inteira, enquanto que a amostra é um subconjunto dos elementos da população (Polit & Beck, 2011).

Nesta investigação recorreu-se primeiramente à amostragem não probabilística por conveniência, que se caracteriza por envolver as pessoas mais convenientemente disponíveis como participantes (Polit & Beck, 2011). Optou-se por este tipo de amostragem por razões económicas e de gestão de tempo, uma vez que a investigadora trabalha no CHSJ tendo por isso maior acessibilidade a enfermeiros que trabalham no norte do país. No entanto, por este tipo de amostragem acarretar algumas limitações e por o desvio amostral ser geralmente maior com amostras de pequeno tamanho, decrescendo à medida que o tamanho da amostra aumenta (Burns & Grove, 2004), posteriormente utilizou-se uma variante da amostragem por conveniência, a amostragem em rede, também denominada amostragem em bola de neve, com o intuito de se aumentar o tamanho da amostra e, desta forma, diminuir o desvio da amostragem (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2011). Assim, foi criada uma aplicação na internet onde foi introduzido o QAFESCE, tendo-se enviado a vários enfermeiros, não pertencentes aos serviços supramencionados, um *e-mail* com esse *link*, solicitando-se a sua participação no estudo e o reencaminhamento do *e-mail* para outros colegas.

## 2.5 Instrumento de Colheita de Dados

A etapa do processo de investigação dedicada à seleção do instrumento de colheita de dados relaciona-se com a definição exata da informação que se pretende obter, pelo que cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que possibilita dar resposta aos seus objetivos (Fortin, 2009).

Nos estudos quantitativos o investigador tem como objetivo obter resultados suscetíveis de serem utilizados no plano prático, que possam fornecer melhorias em situações particulares (Polit & Beck, 2011), sendo o questionário o método de colheita de dados mais utilizado (Fortin, 2009).

O questionário é constituído por um conjunto de enunciados ou questões que possibilitam recolher a informação dos participantes, estando a sua utilização aconselhada quando se pretende interrogar um grande número de pessoas (Quivy & Campenhoudt, 2005; Fortin, 2009; Polit & Beck, 2011). É um instrumento que apresenta uma grande flexibilidade no que respeita à forma, à estrutura e aos meios de recolher informação (Norwood, 2000). O auto preenchimento, a garantia de anonimato, a uniformização de diretivas (que assegura a constância de um questionário para o outro e, por este facto, a fidelidade do instrumento) e a apresentação padronizada viabiliza a obtenção de respostas sinceras, precisas e de uma forma rápida, facilitando o tratamento de dados e a inferência estatística (Fortin, 2009).

Para colher os dados necessários a esta investigação optou-se por criar um questionário, uma vez que, como referido anteriormente, na pesquisa efetuada não se encontrou nenhum que avaliasse a frequência com que são implementadas as estratégias de SCE e a frequência com que os enfermeiros desejariam que fossem implementadas essas mesmas estratégias. Nesse sentido, realizou-se uma revisão da literatura sobre SCE, elencando e analisando os pontos de interesse da pesquisa que, articulada aos objetivos e especificidades do objeto de estudo, subsidiaram a elaboração do “Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem” (QAFESCE) (anexo I).

A construção de um questionário de medida exige que o investigador tenha não só uma definição clara dos objetivos do estudo, como também um bom conhecimento do estado de investigação sobre o fenómeno considerado e ainda uma ideia clara da natureza dos dados a colher, pelo que para a sua elaboração deverão ser percorridas as seguintes etapas: determinar qual a informação a recolher; constituir um banco de questões; formular as questões; ordenar as questões; redigir a introdução e as diretrizes; submeter o esboço do questionário à revisão e, posteriormente, pré-testá-lo (Fortin, 2009).

#### I. Determinar qual a informação a recolher

Numa primeira fase, os objetivos da investigação foram identificados e precisados os temas a explorar, com o intuito de compreender o fenómeno e determinar o número de questões ou enunciados para cada um dos temas retidos.

Assim sendo, considerou-se essencial conhecer a percepção dos enfermeiros relativamente à frequência com que são implementadas as estratégias de SCE nas suas práticas e a frequência com que desejariam que estas fossem implementadas.

## II. Constituir um banco de questões

Nesta segunda etapa foi realizada pesquisa bibliográfica com o intuito de encontrar questionários que correspondessem aos objetivos anteriormente delineados. Como não se encontrou nenhum questionário que tratasse do tema estudado, optou-se por elaborar o QAFESCE.

## III. Formular as questões

O questionário pode ser considerado um questionário misto, uma vez que na sua construção utilizaram-se vários tipos de questões (abertas, fechadas e questões-filtro), com vista a obtenção de informação mais detalhada e útil sobre o tema a estudar. No entanto, verifica-se que o QAFESCE é maioritariamente constituído por questões fechadas, estando este facto relacionado com as vantagens da sua utilização: são simples de utilizar; permitem a codificação fácil das respostas e uma análise rápida e pouco dispendiosa; podem ser objeto de tratamento estatístico; são uniformes e aumentam a fidelidade dos dados; e fornecem referências ao sujeito, o que permite tornar as respostas comparáveis entre si e retirar as que são inapropriadas (Fortin, 2009). As questões abertas e as questões mistas do questionário, presentes na parte da caracterização, foram formuladas no sentido de obter precisões complementares sobre certos aspetos do participante, nomeadamente sobre a sua situação jurídica de emprego, a instituição e serviço onde exerce funções, as habilitações académicas e profissionais, formação em SCE e, ainda, a razão que o levou inicialmente a desempenhar funções de supervisor clínico.

De ressaltar que na formulação das questões respeitaram-se os seguintes aspetos enunciados por Fortin:

“(...) as questões devem ser facilmente compreensíveis; devem ser claras e concisas; devem permitir obter respostas claras; é preciso evitar exprimir mais do que uma ideia na mesma questão; é preciso evitar sugerir respostas conformes às normas sociais; os termos técnicos devem ser claramente definidos; as palavras que se prestam a interpretações devem ser evitadas assim como as questões de caráter pejorativo ou tendencioso; na medida do possível, as questões serão de atualidade e referir-se-ão a situações recentes de forma a obter respostas precisas; as questões não devem conter dupla negação” (Fortin, 2009, p. 382).



#### IV. Ordenar as questões

Nesta etapa de construção do questionário, foram tidos em consideração aspectos essenciais como a aparência geral, o encadeamento das questões, o tamanho do questionário e o espaço reservado às respostas (Fortin, 2009), uma vez que é crucial que o questionário tenha uma organização lógica, onde sejam evidenciadas as diversas partes que o compõem (Moreira, 2004). Na elaboração do questionário, além de se ter redigido uma folha de informação ao participante para o CHSJ, para a ULSM e para os CS da ULSM (anexo II, anexo III e anexo IV, respetivamente) e a declaração de consentimento informado (anexo V), optou-se por criar duas partes distintas. A primeira diz respeito à caracterização do participante e a segunda está relacionada com opinião sobre a frequência de implementação das estratégias de SCE e a frequência desejada de implementação dessas mesmas estratégias no serviço onde trabalha.

A caracterização da amostra compreende 20 questões que têm o intuito de caracterizar o participante quanto ao sexo, idade, tempo de exercício profissional, categoria profissional, situação jurídica de emprego, instituição e serviço onde exerce funções, habilitações académicas e profissionais, formação em SCE e ainda saber a sua opinião quanto à sua realização pessoal enquanto enfermeiro, experiência enquanto supervisionado, experiência enquanto supervisor clínico, vontade em desempenhar funções de supervisor clínico e contributos da SCE para o desempenho do papel de supervisor clínico e para o desenvolvimento profissional.

A segunda parte do questionário é constituída por questões de escolha múltipla, integrando 16 estratégias que, de acordo com a evidência científica, são as mais frequentemente utilizadas em SCE.

As questões de escolha múltipla comportam uma série de respostas possíveis colocadas numa determinada ordem (Fortin, 2009), pelo que, tendo em consideração a literatura referente à frequência de implementação das estratégias de SCE nos SS, estabeleceu-se a seguinte ordem: 1-uma ou mais vezes por dia; 2-uma ou mais vezes por semana; 3-uma ou mais vezes por mês; 4-mais do que uma vez por trimestre e 5-nunca. Optou-se por apresentar as respostas das questões de escolha múltipla dispostas numa lógica horizontal, no sentido de uma utilização racional do espaço e da legibilidade. O cuidado com a utilização racional do espaço deve ser um dos princípios mais importantes a ter em conta ao planificar a disposição gráfica de um questionário, uma vez que este cuidado irá refletir-se numa redução do número de páginas utilizadas (Moreira, 2004).

Pretendeu-se, com esta opção, que o questionário tivesse o menor número de folhas possíveis, no sentido de motivar o seu preenchimento.

#### V. Redigir a introdução e as diretrizes

A informação ao participante compreende não só as instruções para o preenchimento do questionário, como também os objetivos do estudo, o nome e contactos da investigadora e a forma de devolução do questionário depois de preenchido. O prazo estipulado para a devolução do QAFESCE foi de duas semanas, o que vai de encontro ao preconizado por Scarparo e colaboradores (2012), que referem que o período de duas semanas geralmente é suficiente para o participante responder às questões de um questionário. As questões de escolha múltipla foram precedidas de indicações sobre o funcionamento e a forma de preenchimento das mesmas (Fortin, 2009). Foi, também, elaborada a folha de declaração de consentimento informado respeitando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial.

#### VI. Submeter o esboço do questionário à revisão

Após a realização de todas as etapas anteriores, elaborou-se um esboço do questionário que se submeteu à apreciação de peritos internacionais e nacionais, durante o mês de fevereiro de 2012.

No contacto com os membros do grupo de especialistas é essencial fornecer as bases conceituais e teóricas do instrumento, pelo que deve ser explicitado a relevância dos conceitos envolvidos e do instrumento como um todo, assim como devem ser incluídos o objetivo do estudo, a descrição do instrumento, a sua interpretação e uma explicação sobre a forma de respostas (Alexandre & Coluci, 2011). No pedido de colaboração aos peritos internacionais e nacionais todos estes aspetos foram abordados, incluindo-se também informações sobre o contexto e a população envolvida.

Quanto à seleção do grupo de peritos, a evidência científica apresenta controvérsias sobre esse ponto. Lynn (1986 Cit. por Fortin, 2009) recomenda um mínimo de cinco e um máximo de 10 pessoas, embora considere ser possível obter dados satisfatórios com três. Por sua vez, Haynes, Richard e Kubany (1995 Cit. por Alexandre & Coluci, 2011) sugerem a participação de seis a 20 peritos. Relativamente à experiência e qualificação dos membros desse comité, deve-se ter em conta que os peritos devem estar familiarizados com um ou outro aspeto da investigação, apresentam uma competência na elaboração de instrumentos e

têm um bom conhecimento da disciplina a que diz respeito (Burns & Grove, 2001 Cit. por Fortin, 2009). Alexandre e Coluci (2011) destacam: ter experiência clínica; publicar e pesquisar sobre o tema; ser perito na estrutura conceitual envolvida e ter conhecimento metodológico sobre a construção de questionários.

Para constituir o grupo de peritos internacionais foram selecionados quatro professores de enfermagem, com experiência clínica e trabalho desenvolvido na área da SCE, do Reino Unido, Irlanda, Alemanha e Finlândia, que foram contatados via *e-mail*, tendo sido enviados por correio eletrônico o pedido de colaboração, a informação ao participante, a declaração de consentimento informado e o questionário traduzido para inglês. No que respeita aos peritos nacionais, foram contactados pessoalmente seis professores de enfermagem, também com experiência clínica e investigação desenvolvida no âmbito da SCE, e um professor da área das ciências da educação, tendo-lhes sido ainda solicitada a validação idiomática, conceitual e semântica do questionário.

Relativamente à revisão do questionário, recomenda-se que os peritos recebam instruções específicas sobre como avaliar cada item, o instrumento como um todo e como preencher o questionário (Alexandre & Coluci, 2011). Ainda de acordo com os mesmos autores, essa avaliação deve ser realizada em dois momentos distintos. Inicialmente, os especialistas devem avaliar o instrumento como um todo, determinando a sua abrangência, isto é, se cada domínio ou conceito foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens e se todas as dimensões foram incluídas, podendo, nesta fase, sugerir a inclusão ou eliminação de itens. Na segunda fase, os peritos devem analisar os itens individualmente, verificando a sua clareza e pertinência. Em relação à clareza, deve-se avaliar a redação dos itens, verificando-se se eles foram redigidos de forma que o conceito esteja compreensível e se expressa adequadamente o que se espera medir. No que respeita à pertinência ou representatividade, os peritos deverão verificar se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e se são adequados para atingir os objetivos propostos. Deve-se ainda deixar um espaço para que os especialistas possam redigir sugestões para melhorar o item ou fazer comentários.

No quadro 1 estão explanadas as alterações sugeridas pelos peritos, as quais foram tidas em consideração para a elaboração do QAFESCE.

QUADRO 1: Alterações sugeridas pelos peritos

Peritos	Alterações sugeridas
Internacionais	A opção de resposta «nunca» deverá ser colocada em último lugar nas questões de escolha múltipla.
Nacionais	Para além de terem mencionado o mesmo que os peritos internacionais, ainda sugeriram: <ul style="list-style-type: none"> <li>- substituir a estratégia “questionamento crítico-reflexivo” por “análise crítico-reflexiva das práticas”;</li> <li>- substituir a estratégia “portefólio profissional” por “relatório reflexivo”;</li> <li>- incluir na estratégia “supervisão clínica à distância”, para além do <i>e-mail</i> e telefone, o <i>skype</i>®;</li> <li>- não incluir a estratégia “reflexão das práticas” no questionário.</li> </ul>

## VII. Pré-testar o questionário

Esta etapa é indispensável, uma vez que o pré-teste possibilita verificar a eficácia e o valor do questionário numa amostra reduzida (entre 10 a 20 pessoas) da população alvo, permitindo diagnosticar lacunas e fragilidades em condições reais, com o intuito de corrigi-las antes da colheita de dados definitiva (Moreira, 2004; Fortin, 2009; Polit & Beck, 2011; Scarparo et al., 2012). Assim, foi realizado o pré-teste durante o mês de março de 2012, a 10 enfermeiros sem formação em SCE e nove com formação em SCE. A opção por se incluir no pré-teste enfermeiros com e sem formação em SCE prende-se com o facto de “(...) a inclusão de pessoas leigas [relativamente à temática da investigação] asseguraria a correcção de frases e termos que não estão muito claros” (Alexandre & Coluci, 2011, p. 3064).

No quadro 2 apresentam-se as alterações sugeridas pelos 19 enfermeiros que participaram no pré-teste.

QUADRO 2: Alterações sugeridas pelos enfermeiros ao pré-teste

Enfermeiros	Alterações sugeridas
Sem formação em SCE	Na informação ao participante: <ul style="list-style-type: none"> <li>- introduzir uma breve explicação sobre SCE e estratégias de SCE.</li> </ul>
Com formação em SCE	Na caracterização: <ul style="list-style-type: none"> <li>- na questão 10 acrescentar “enquanto enfermeiro” antes da pergunta, para ser mais explícito para quem não tem formação em SCE.</li> </ul>

Uma vez que as alterações sugeridas não alteraram o conteúdo nem a forma do questionário, considerou-se não ser necessário realizar um segundo pré-teste, concluindo-se então que o instrumento de colheita de dados estava adequado ao estudo. Todas as alterações sugeridas pelos enfermeiros que participaram no pré-teste foram aceites e integradas na versão final do

questionário, tendo-se denominado o instrumento de colheita de dados definitivo “Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem” (QAFESCE). De salientar que os enfermeiros que participaram no pré-teste não foram posteriormente incluídos no estudo.

### 2.5.1 Variáveis em Estudo

Relativamente às variáveis, elencam-se dois tipos: as primárias, que são consideradas as principais do estudo e as únicas que têm peso no momento da conclusão, e as complementares, que são as utilizadas para caracterizar a população ou amostra (Pocinho, 2012). Nesta investigação foram definidas as seguintes variáveis:

Variáveis primárias - sessões de supervisão individuais; sessões de supervisão em grupo; *feedback*; análise crítico-reflexiva das práticas; análise de casos com o supervisionado; análise de casos em grupo; auto supervisão; análise de documentação dos cuidados de enfermagem; demonstração; relatório reflexivo; supervisão à distância: telefone; supervisão à distância: *e-mail*; supervisão à distância: *skype*<sup>®</sup>; apoio; formação contínua e observação.

Variáveis complementares - sexo; idade; tempo de exercício profissional; categoria profissional; situação jurídica de emprego; instituição onde exerce funções; serviço onde exerce funções; habilitações académicas e profissionais; sente-se realizado como enfermeiro; experiência sobre ser supervisionado; opinião sobre ser supervisionado; tem formação em SCE; experiência sobre ser supervisor clínico; opinião sobre ser supervisor clínico; papel enquanto supervisor clínico; razões para o exercício da supervisão; atualmente é supervisor clínico; gostaria de vir a desempenhar funções de supervisor clínico; importância da SCE para exercer funções de supervisor clínico e importância da SCE para o desenvolvimento profissional.

Para efeitos estatísticos foram recodificadas as seguintes variáveis:

- Instituição onde exerce funções - duas categorias: hospitalar, CSP;
- Serviço onde exerce funções - oito categorias: CS, medicina, cirurgia, neurocirurgia, pediatria, bloco operatório, oncologia, urgência;
- Tem formação em SCE - três categorias: unidade curricular, curso de curta duração, pós-graduação.

## 2.6 Colheita de Dados

A aplicação do QAFESCE foi feita de uma forma direta - em contexto hospitalar e em CSP - e indireta - através da plataforma eletrónica -, sendo que em ambos os casos o questionário foi autoadministrado, uma vez que foi preenchido pelos próprios participantes (Fortin, 2009). Foi pedida a colaboração dos enfermeiros chefes do hospital e dos enfermeiros responsáveis dos CSP, no sentido de motivarem a equipa de enfermagem para o preenchimento do questionário. A distribuição indireta dos questionários foi realizada através do envio de um *e-mail*, com um *link* <URL:<https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dDlGMklPcG5JM0xzLTRKaldXUDVWRnc6MQ>> (anexo VI) que dava acesso a uma aplicação na internet onde se encontrava o questionário. Nesse *e-mail* solicitou-se aos enfermeiros que o reencaminhassem para outros colegas.

Utilizou-se o *Google Docs*<sup>®</sup> para criar o QAFESCE virtual. De ressaltar que a aplicação de questionários realizada através de plataformas eletrónicas disponíveis no mercado virtual é cada vez mais usual, sendo que na investigação em enfermagem este método tem-se vindo a consolidar como uma ferramenta facilitadora na realização de colheita de dados, uma vez que para além de contemplar os aspetos éticos exigidos pela legislação permite a obtenção de uma amostra mais diversificada e, consequentemente, mais dados (Scarparo et al., 2012).

No quadro 3 são explicitadas as datas de aplicação do QAFESCE nos vários serviços/unidades de saúde, quer em contexto hospitalar, quer em CSP, mencionando-se, também, o número de questionários entregues, recebidos e eliminados por serviços/unidades. De salientar que o número de questionários entregues em cada serviço/unidade correspondem ao número de enfermeiros que apresentavam os critérios de elegibilidade para participação na investigação.

Pela análise do quadro 3 verifica-se que apesar da taxa de participação ser elevada em alguns serviços, a percentagem de enfermeiros que não responderam ao QAFESCE é de 36,11% (n=130). Constata-se também que em algumas unidades de saúde nenhum enfermeiro quis participar na investigação, como é o caso do Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) de Matosinhos, da Unidade de Saúde Familiar (USF) Caravela e da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) S. Mamede Infesta.

Verifica-se, ainda, que no CHSJ foram entregues 137 questionários, tendo sido recebidos 111 e incluídos no estudo 109, uma vez que dois questionários que apresentavam questões por preencher foram eliminados. Nos serviços hospitalares da ULSM foram entregues 69 questionários, recebidos 38 e eliminados quatro, pelas razões supramencionadas. Em contexto hospitalar regista-se uma maior participação dos enfermeiros do CHSJ (79,56%; n=137) em comparação com a dos enfermeiros da ULSM (49,28%; n=69).

Em relação aos CSP: no CS de Leça da Palmeira foram entregues 41 questionários, recebidos 23 e incluídos 21 no estudo; no CS de Matosinhos foram entregues 40, incluídos no estudo 14 e eliminados 3; no CS da Senhora da Hora foram entregues 38 questionários e recebidos 24, que foram incluídos na sua totalidade no estudo e, por último, no CS de S. Mamede Infesta foram entregues 35 questionários, recebidos 17 e eliminado 1. De salientar que as razões que levaram à eliminação dos questionários neste contexto são coincidentes com as do meio hospitalar. Constata-se que foram os enfermeiros do CS da Senhora da Hora que mais aderiram ao estudo (63,16%; n=38), seguidos dos enfermeiros do CS de Leça da Palmeira (51,22%; n=41), CS de S. Mamede Infesta (45,71%; n=35) e, por último, do CS de Matosinhos (35,00%; n=40).

Comparando a adesão no preenchimento do QAFESCE dos enfermeiros no contexto hospitalar e em CSP, verifica-se que nos dois hospitais foram entregues 206 questionários, tendo sido recebidos 72,33% (n=149), enquanto nos CSP dos 154 questionários entregues foram apenas recebidos 52,60% (n=81). Pode-se então concluir que a adesão ao preenchimento do questionário foi maior em contexto hospitalar.

QUADRO 3: Contexto de aplicação direta do QAFESCE

Contexto	Instituição	Serviço/ Unidade	Datas de aplicação	Número de questionários		
				entregues	recebidos	eliminados
Hospitalar	CHSJ	Cir Geral H	22/05 a 14/06	47	30	2
		Med B M	23/05 a 14/06	46	42	0
		Neurocirurgia	22/05 a 14/06	44	39	0
	ULSM	Cirurgia B	31/05 a 30/08	27	13	3
		Medicina M	31/05 a 30/08	19	17	1
		Pediatria	31/05 a 30/08	23	8	0
Cuidados de Saúde Primários (ULSM)	Centro de Saúde de Leça da Palmeira	UCC Leça da Palmeira	1/06 a 29/08	12	8	1
		UCSP Santa Cruz	1/06 a 29/08	4	1	0
		USF Dunas	1/06 a 29/08	6	4	0
		USF Leça	1/06 a 29/08	6	2	0
		USF Maresia	1/06 a 29/08	6	4	1
	Centro de Saúde de Matosinhos	USF Progresso	1/06 a 29/08	7	4	0
		UCC Matosinhos	1/06 a 20/07	11	6	2
		UCSP Matosinhos	1/06 a 20/07	10	4	0
		USF Horizonte	1/06 a 20/07	7	5	1
		USF Oceanos	1/06 a 20/07	9	2	0
	Centro de Saúde da Senhora da Hora	CDP Matosinhos	1/06 a 15/07	3	0	0
		UCC Srª da Hora	1/06 a 29/08	14	6	0
		UCE Srª da Hora	1/06 a 29/08	6	6	0
		UCSP Srª da Hora	1/06 a 29/08	4	3	0
		USF Caravela	1/06 a 29/08	5	0	0
	Centro de Saúde de S. Mamede Infesta	USF Lagoa	1/06 a 29/08	9	9	0
		UCC S. Mamede Infesta	1/06 a 30/09	10	9	0
		UCSP S. Mamede Infesta	1/06 a 30/09	9	0	0
		USF Infesta	1/06 a 30/09	7	5	1
		USF Portas do Sol	1/06 a 30/09	9	3	0
Totalidade dos questionários				360	230	12

No que respeita à aplicação indireta do QAFESCE, através da plataforma eletrónica, obtiveram-se respostas de várias regiões do país, assim como de diferentes contextos e instituições (quadro 4). O primeiro *e-mail* foi enviado em junho de 2012, tendo-se vindo a receber até ao final de setembro de 2012, 55 respostas ao questionário, que foram incluídas no estudo.

Pela análise do quadro 4 verifica-se que em contexto hospitalar houve respostas das diversas regiões de Portugal continental (Norte, Centro e Sul) e, ainda, dos Açores, mais concretamente da Ilha de S. Miguel. Salienta-se que na região do Norte estão representados seis hospitais, tendo participado 23 enfermeiros (69,7%), seguido de sete enfermeiros (21,2%) que trabalham em cinco hospitais da região Sul. Relativamente aos CSP, há representação de diferentes ACES respeitantes às regiões Norte (quatro ACES), Centro (dois ACES) e Sul (quatro ACES) de Portugal continental, e de um CS da Ilha da Madeira. Como pode



constatar-se, a região do Norte e a do Sul agregou o mesmo número de participantes, tendo-se obtido nove respostas (40,9%) em cada uma delas.

QUADRO 4: Contexto de aplicação indireta do QAFESCE

Contexto	Região	Instituição		Serviço/Unidade		Número de participantes
Hospitalar	Norte	Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.		Medicina		1
		CHSJ		Cirurgia Vascular		2
				Pediatria		2
				Pneumologia		7
				Traumatologia		1
				Urgência		1
		Hospital de Braga, E.P.E.		Bloco Operatório		2
		Hospital de Santa Maria Maior, E.P.E.		Pediatria		2
		Instituto Português de Oncologia do Porto, E.P.E.		Cirurgia		2
	ULSM		Medicina E		1	
	Centro	Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.		Cardiologia		1
		Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.		Instituto Alcoologia		1
	Sul	Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.	Hospital Santa Maria	Cirurgia		1
		Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	Hospital S. José	Neurocirurgia		1
		Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.	Hospital Egas Moniz	Medicina		1
			Hospital S. Francisco Xavier	Neonatologia		1
		Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.	Hospital S. Bernardo	Oncologia Médica		2
		Hospital Militar Principal		Bloco Operatório		1
	Ilhas: Açores (Ilha de São Miguel)	Hospital do Divino Espírito Santos de Ponta Delgada, E.P.E.		Medicina		1
	Cuidados de Saúde Primários	Norte	ACES Alto Minho		CS Caminha	USF Vale do Âncora
ACES do Grande Porto II - Gondomar			CS Gondomar	USF Valbom	4	
ACES Grande Porto V - Porto Ocidental			CS Batalha	UCC Baixa do Porto	2	
				UCSP D. João IV	1	
ACES Tâmega II - Vale de Sousa Sul		CS Rebordosa	USF Tempo de Cuidar	1		
Centro		ACES Baixo Mondego II		CS Soure	UCC Soure	2
		ACES Baixo Vouga III		CS Ovar	UCC Ovar	1
Sul		ACES Almada-Seixal		CS Almada	USF São João do Pragal	2
		ACES Arrábida		CS Palmela	UCSP Palmela	1
					USF Santiago de Palmela	2
		ACES II - Lisboa Oriental		CS S. João	USF Oriente	2
		ACES VI - Loures		CS Loures	USF Magnólia	2
Ilhas: Madeira (Funchal)		CS Bom Jesus	USF Bom Jesus	1		
Totalidade dos participantes						55

Relativamente à credibilidade do questionário, existem dois fatores que a influenciam: a uniformidade das diretrizes para o preenchimento dos questionários e a taxa de resposta que se encontra intimamente relacionada com a representatividade (Fortin, 2009). No que respeita ao primeiro fator, é de salientar que embora a distribuição do QAFESCE tenha sido efetuada de forma direta e indireta, as diretrizes para o seu preenchimento foram as mesmas para todos os participantes. Relativamente à taxa de resposta, recorreu-se à estratégia de passar pelos serviços/unidades após uma semana da data de entrega do QAFESCE, com o intuito de esclarecer alguma dúvida que tivesse surgido no decorrer do preenchimento e, simultaneamente, alertar os participantes para a data de recolha dos questionários a realizar-se na semana seguinte. Verificou-se, porém, que na globalidade o número de questionários recebidos era inferior a 30%, tendo sido apontadas pelos enfermeiros chefes e enfermeiros responsáveis as seguintes razões: desmotivação para o preenchimento dos questionários por parte dos enfermeiros devido à conjuntura atual; número elevado de questionários que têm sido aplicados no serviço/unidade; número elevado de enfermeiros em gozo de licença de férias, doença ou parentalidade. Mediante esta situação, optou-se por prolongar o prazo do preenchimento dos questionários, tendo-se acordado individualmente com cada enfermeiro chefe e enfermeiro responsável um novo prazo de entrega (quadro 3). De salientar que o mês de setembro foi apontado pela investigadora como o limite máximo para a recolha dos mesmos.

## 2.7 Tratamento de Dados

No que respeita ao tratamento dos dados obtidos através da aplicação do QAFESCE, procedeu-se a uma análise estatística descritiva e inferencial. Segundo Polit e Beck (2011, p. 430), os procedimentos estatísticos “(...) possibilitam aos pesquisadores organizar, interpretar e transmitir informações numéricas”. Para o processamento estatístico dos dados procedeu-se à codificação das respostas, inserindo-as numa folha de cálculo, construindo-se uma base de dados (Maroco, 2007; Pestana & Gageiro, 2008) no *software* aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences*<sup>®</sup> (SPSS<sup>®</sup>) versão 20.0 para ambiente *Windows*. Este programa informático tem-se revestido de grande importância na análise de dados em ciências sociais uma vez que “(...) é uma poderosa ferramenta informática que

permite realizar cálculos estatísticos complexos e visualizar os seus resultados em poucos segundos” (Pereira, 2008, p. 16).

Na análise dos dados, a informação recolhida foi explorada através de técnicas de estatística descritiva, nomeadamente, frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média aritmética) e medidas de dispersão (desvio padrão), pois como refere Fortin (2009, p. 411), a estatística descritiva permite “(...) descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis (...)”. Posteriormente, realizou-se a estatística inferencial, com o objetivo de se “(...) destacar as características de uma população baseando-se nos dados de uma amostra” (Fortin, 2009, p. 440). Uma vez que o teste de Mann-Whitney possibilita verificar a igualdade de comportamento de dois grupos de casos (Pestana & Gageiro, 2008), recorreu-se a este teste para comparar as estratégias de SCE que os enfermeiros do contexto hospitalar e os enfermeiros dos CSP desejariam que fossem mais frequentemente implementadas. Como nível de significância dos resultados utilizou-se como referência um  $p < 0,05$ , o mesmo considerado no âmbito das ciências humanas, sociais e da saúde (Poeschl, 2006; Ribeiro, 2008; Fortin, 2009). Foi ainda realizado o coeficiente alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna do QAFESCE, sendo que para existir uma boa consistência interna do instrumento é necessário que o valor do mesmo seja superior a 0,80 (Ribeiro, 2008).

Os casos de resposta omissa por serem poucos foram tratados como não resposta, pelo que surgem diferentes  $n$  ao longo da apresentação, análise e discussão dos resultados.

## 2.8 Considerações Éticas

A ética reporta-se à exigência de fundamentação no agir, ou seja, à determinação dos princípios que estão na base da ação humana, pelo que quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito pelos direitos da pessoa (Fortin, 2009). A investigação científica tem como objetivo procurar a verdade com rigor, isenção, persistência e humildade, acarretando grande responsabilidade ética por parte do investigador (Polit & Beck, 2011), sendo o código de ética que determina os limites e orienta o percurso

metodológico (Ribeiro, 1999). Quando a investigação é realizada com seres humanos são salientadas questões morais e éticas que, dependendo do tipo de investigação, têm algumas particularidades, devendo ser respeitados e protegidos os seguintes direitos das pessoas: direito à autodeterminação, à confidencialidade, à intimidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e direito a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2011). O investigador deverá assumir um comportamento ético desde a seleção do problema até à fase de publicação dos resultados, baseando a sua atuação no reconhecimento explícito da dignidade como valor central de toda a pessoa humana (Martins, 2008).

Na área de enfermagem, a investigação tem tido um grande desenvolvimento, deixando os estudos de ter um caráter tão académico, procurando antes encontrar soluções para problemáticas da prática (Polit & Beck, 2011). Nesse sentido, para que sejam salvaguardados os padrões éticos, a investigação em enfermagem deverá ser conduzida no respeito pelos direitos da pessoa, nomeadamente pelo princípio da autonomia, da beneficência, da não-maleficência e da justiça (Martins, 2008; Fortin, 2009). É ainda importante que o investigador obtenha, dos participantes, um consentimento livre e esclarecido, pois só assim se poderá assegurar que estes compreendem a informação e que esta é adequada, dando-lhes o poder de decidir participar voluntariamente ou não na investigação (Polit & Beck, 2011).

Ao longo do desenvolvimento desta investigação a obediência a considerações éticas foi uma preocupação constante, pelo que com o intuito de respeitar os aspetos éticos supramencionados, foi efetuado o pedido de autorização para realização do estudo ao Conselho de Administração do CHSJ e à respetiva Comissão de Ética para a Saúde, ao Conselho de Administração da ULSM e à respetiva Comissão de Ética para a Saúde e ainda à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., que se manifestaram favoravelmente quanto à sua realização (anexo VII, anexo VIII e anexo IX, respetivamente).

O QAFESCE não foi aplicado no agrupamento de centros de saúde (ACES) de Alto Trás-os-Montes II e de Alto Tâmega e Barroso, como inicialmente estava previsto, uma vez que só se obteve autorização da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. em dezembro de 2012. Elaborou-se, ainda, uma folha de informações ao participante, onde foi explanado o propósito da investigação, o que era esperado da sua parte, os procedimentos

que se iriam utilizar, bem como os riscos e benefícios da sua participação, que foi entregue conjuntamente com o questionário. Todos os participantes do estudo assinaram a declaração de consentimento informado.

No sentido de manter o anonimato e assim garantir a confidencialidade dos dados colhidos, a folha de consentimento informado e os questionários depois de preenchidos eram colocados em envelopes separados.

No que respeita aos questionários obtidos através da plataforma eletrónica, não foi enviada a folha de declaração de consentimento informado, uma vez que pode haver dispensa do consentimento informado por parte dos participantes se a investigação for anónima (Ribeiro, 1999), pelo que os enfermeiros que recusaram participar no estudo simplesmente optaram por não preencher o QAFESCE.



### 3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos dados implica a operacionalização dos mesmos através da sua organização e síntese, identificando tudo o que é relevante para a investigação em curso (Quivy & Campenhoudt, 2005). De acordo com Fortin (2009), dever-se-á elaborar previamente um plano de análise, com o intuito de organizar os dados colhidos. De facto, é nesta fase que se descrevem as operações efetuadas para avaliar a validade e confiabilidade dos instrumentos construídos e os testes estatísticos usados (Polit & Beck, 2011). Esta fase da investigação caracteriza-se por ser o momento de reflexão crítica sendo que, na sua realização, ocorre a transformação dos dados colhidos em interpretações que se sustentam teoricamente (Scarparo et al., 2012).

Numa primeira fase foi editada a base de registo, tendo os dados sido introduzidos no questionário. O aplicativo informático possibilita a visualização alternada dos dados referentes aos 273 enfermeiros envolvidos e das 59 variáveis definidas.

Sendo este estudo descritivo, ao longo deste capítulo serão descritas as frequências com que as 16 estratégias de SCE presentes no QAFESCE são implementadas ou nunca são implementadas e a frequência com que os enfermeiros desejariam que elas fossem implementadas ou que nunca fossem implementadas, não se estabelecendo relações de associação ou verificando relações de causalidade. Por ser uma investigação com um desenho descritivo comparativo, indicam-se as diferenças relativamente à frequência com que são implementadas ou nunca são implementadas as estratégias de SCE em contexto hospitalar e em CSP, e a frequência com que os enfermeiros do hospital e os enfermeiros dos CSP desejariam que elas fossem implementadas ou nunca fossem implementadas.

Dos resultados obtidos, apresentam-se, primeiramente, os relativos à caracterização da amostra.

Os enfermeiros que participaram no estudo têm uma idade compreendida entre os 24 e os 58 anos (tabela 1), situando-se a média de idade nos 34 anos com um desvio padrão de 7,05 anos.

TABELA 1: Idade e tempo de exercício profissional dos enfermeiros

	n	Mínimo	Máximo	M	DP
Idade	273	24	58	34,04	7,05
Tempo de Exercício Profissional	273	1	36	10,99	6,77

São na sua maioria (83,2%; n=227) do sexo feminino (tabela 2), estando este resultado não só de acordo “(...) com o padrão habitual da profissão de enfermagem, onde se regista, por razões sociológicas, uma maior procura por parte das mulheres” (Dias, 2005, p.280), mas também com a realidade portuguesa em que 81,3% (n=52471) dos enfermeiros são do sexo feminino, como se pode constatar nos dados estatísticos da OE no ano de 2011 (OE, 2012).

O tempo de exercício profissional dos enfermeiros está entre um ano e os 36 anos, sendo a média de 11 anos de exercício profissional com um desvio padrão de 6,77 anos (tabela 1).

Relativamente à categoria profissional, a maioria dos participantes possui a categoria de enfermeiro (50,5%; n=138), sendo 31,1% (n=85) enfermeiros graduados, 16,1% (n=44) enfermeiros especialistas, 1,8% (n=5) enfermeiros chefes e 0,4% (n=1) enfermeiro supervisor (tabela 2). Estes resultados são também consonantes com a realidade portuguesa, uma vez que de acordo com os dados estatísticos da OE (2012), se verifica que a maioria detém o título de enfermeiro (82,0%; n=52925), existindo 18,0% (n=11622) enfermeiros especialistas.

No que concerne à situação jurídica de emprego, concluiu-se que a maioria (57,1%; n=156) tem um contrato individual de trabalho por tempo indeterminado (CIT), 33,3% (n=91) um contrato de trabalho em funções públicas e apenas 9,2% (n=25) um contrato individual de trabalho a termo resolutivo certo, existindo 0,4% (n=1) na situação de desemprego (tabela 2).

Relativamente ao contexto onde desempenham funções (tabela 2), a maioria dos enfermeiros trabalha em contexto hospitalar (64,3%; n=175) e 35,7% (n=97) em CSP. Dos enfermeiros que exercem a sua atividade no hospital, 25,7% (n=70) trabalham num serviço de Medicina, 16,2% (n=44) em Cirurgia, 14,7% (n=40) em Neurocirurgia, 5,5% (n=15) em Pediatria, 1,1% (n=3) no Bloco Operatório, 0,7% (n=2) em Oncologia e 0,4% (n=1) na UAG de Urgência e Cuidados Intensivos. A diferença existente no número de participantes relativamente ao contexto onde desempenham funções é consonante com a realidade portuguesa, pois como refere a OE (2012) a maioria dos enfermeiros (53,4%; n=34438) trabalha em contexto hospitalar.



No que concerne às habilitações acadêmicas e profissionais, verifica-se que a maioria tem o grau de licenciado (64,8%; n=177), 1,8% (n=5) enfermeiros possui o bacharelato, 24,5% (n=67) a licenciatura e a especialidade, 5,9% (n=16) a licenciatura, o mestrado e a especialidade, e 2,9% (n=8) o grau de licenciado e de mestre (tabela 2).

TABELA 2: Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros

	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	227	83,2
Masculino	46	16,8
<b>Total</b>	<b>273</b>	<b>100,0</b>
<b>Categoria Profissional</b>		
Enfermeiro	138	50,5
Enf. Graduado	85	31,1
Enf. Especialista	44	16,1
Enf. Chefe	5	1,8
Enf. Supervisor	1	0,4
<b>Total</b>	<b>273</b>	<b>100,0</b>
<b>Situação Jurídica de Emprego</b>		
Contrato Funções Públicas	91	33,3
Contrato Tempo Indeterminado	156	57,1
Contrato Resolutivo Certo	25	9,2
Desempregado	1	0,4
<b>Total</b>	<b>273</b>	<b>100,0</b>
<b>Contexto</b>		
Hospitalar	175	64,3
CSP	97	35,7
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100,0</b>
<b>Serviço</b>		
CS	97	35,7
Medicina	70	25,7
Cirurgia	44	16,2
Neurocirurgia	40	14,7
Pediatria	15	5,5
Bloco Operatório	3	1,1
Oncologia	2	0,7
Urgência	1	0,4
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100,0</b>
<b>Habilitações Acadêmicas e Profissionais</b>		
Bacharelato	5	1,8
Licenciatura (Lic.)	177	64,8
Lic. e Especialidade (Esp.)	67	24,5
Lic., Esp. e Mestrado (Mest.)	16	5,9
Lic. e Mest.	8	2,9
<b>Total</b>	<b>273</b>	<b>100,0</b>

A maioria dos participantes referiu sentir-se realizado como enfermeiro (85,3%; n=233).

No que respeita à experiência como supervisionado (tabela 3), a maioria (66,7%; n=182) dos inquiridos refere que já foi supervisionado e considera a

experiência positiva (84,6%; n=154). Contudo, 4,4% (n=8) dos enfermeiros referem-na como negativa e 11,0% (n=20) indiferente. Os resultados encontrados são coerentes com os de White e colaboradores (1998), que referem que depois de ter sido explicado o papel do supervisionado aos participantes, os enfermeiros concordaram que já tinham tido essa experiência e que a consideravam positiva. Contudo, considera-se preocupante que 4,4% enfermeiros refiram que a sua experiência de ser supervisionado foi negativa e 11,0% a avaliem como indiferente, pois, como referido anteriormente, a SCE é crucial no desenvolvimento da identidade do profissional, das suas habilidades e da sua responsabilidade ética (Severinsson, 2001).

TABELA 3: Experiência e opinião sobre ser supervisionado

	n	%
<b>Experiência como supervisionado</b>		
Sim	182	66,7
Não	91	33,3
<b>Total</b>	<b>273</b>	<b>100,0</b>
<b>Opinião</b>		
Negativa	8	4,4
Indiferente	20	11,0
Positiva	154	84,6
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100,0</b>

Quanto à formação em SCE, a maioria (72,2%; n=197) dos enfermeiros não tem formação nesta área (tabela 4), o que corrobora o mencionado por Milne e James (2001) sobre a importância no investimento da formação dos supervisores clínicos no sentido do desenvolvimento da supervisão clínica. Dos 76 enfermeiros com formação em SCE, é de salientar que 52,0% (n=39) indicam a frequência de uma unidade curricular sobre esta temática e 29,3% (n=22) estão habilitados com uma pós-graduação. Constata-se que os resultados encontrados enquadram-se na realidade portuguesa, uma vez que, como referem Silva, Pires e Vilela (2011), a formação pós-graduada, os mestrados e os trabalhos de doutoramento na área da SCE têm vindo recentemente a desenvolver-se em Portugal, contrariamente ao que se observa nos EUA, Reino Unido, Canadá e Austrália, onde vigoram diretrizes específicas neste âmbito. No entanto, considera-se que perante a atual conjuntura do desenvolvimento profissional, será inevitável a adoção de políticas dessa natureza.

TABELA 4: Formação em SCE

	n	%
<b>Formação em SCE</b>		
Sim	76	27,8
Não	197	72,2
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipo de formação</b>		
Unidade Curricular	39	52,0
Curso Curta Duração	14	18,7
Pós-graduação	22	29,3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>

Relativamente à experiência enquanto supervisor clínico (tabela 5), a maioria (81%; n=221) dos participantes refere que já a teve e 92,8% (n=205) considera-a positiva, 1,8% (n=4) referem-na como negativa e 5,4% (n=12) como indiferente. Os resultados encontrados estão de acordo com os de outros estudos, que apontam que os enfermeiros consideraram positiva a sua experiência como supervisor clínico (Severinsson & Hallberg, 1996; White et al., 1998), salientando, ainda, que esta experiência lhes possibilitou ficarem mais conscientes da sua responsabilidade para com a profissão de enfermagem, desejando compreender e ser compreendido pelos supervisionados (Severinsson & Hallberg, 1996).

TABELA 5: Experiência e opinião sobre ser supervisor clínico

	n	%
<b>Experiência como supervisor clínico</b>		
Sim	221	81,0
Não	52	19,0
<b>Total</b>	<b>273</b>	<b>100,0</b>
<b>Opinião</b>		
Negativa	4	1,8
Indiferente	12	5,4
Positiva	205	92,8
<b>Total</b>	<b>221</b>	<b>100,0</b>

No que concerne ao âmbito em que desenvolveram a supervisão, 75,6% (n=167) refere ter sido supervisor de estudantes, 23,5% (n=52) supervisor de estudantes e de pares, e 0,9% (n=2) menciona apenas ter realizado supervisão de pares. Uma possível explicação para estes dados, prende-se com o facto de na realidade portuguesa os enfermeiros desempenharem um papel preponderante e crescente na formação dos estudantes de enfermagem (Garrido, Simões & Pires, 2008; Rua, 2011; Silva, Pires & Vilela, 2011), pelo que, embora o termo supervisão possa ser aplicado à supervisão dos cuidados, de pares, de estudantes, entre outros (Abreu, 2007), a sua perceção advém do papel que desempenham como supervisores de estudantes em ensino clínico.

Quanto às razões mencionadas para o exercício das funções de supervisor clínico, conforme pode verificar-se na tabela 6, dos 221 enfermeiros que já desempenharam funções de supervisores clínicos, a maioria (64,7%; n=143) referiu que foi nomeado pelo seu superior hierárquico, seguida de «o seu superior hierárquico nomeou-o e os seus colegas sugeriram-no» (5,9%; n=13), e apenas um participante referiu «os seus colegas sugeriram-no e tem formação na área de SCE» (0,5%; n=1). Dos 4,5% (n=10) enfermeiros que mencionaram outra razão para o exercício da supervisão, não se recodificaram as suas respostas, uma vez que cada um dos participantes referiu uma situação diferente, nomeadamente: “por ter formação em SCE e ser enfermeiro assistente numa escola de enfermagem”; “por ser colaborador na Escola Superior de Saúde do Vale do Ave e Universidade Fernando Pessoa”, “por convite de uma escola superior de enfermagem para ser enfermeiro assistente”, “em virtude do enfermeiro que costuma orientar os estudantes estar de férias”, “por os colegas sugerirem-me e ser enfermeiro assistente em várias escolas de enfermagem”, “por ser o enfermeiro mais antigo no serviço”, “por ter sido sugerido pelo professor da Escola Superior de Enfermagem do Porto que orienta os estudantes em ensino clínico”, “por estar a tirar o curso de especialidade, necessitando de ser avaliado enquanto supervisor clínico”, “por os colegas sugerirem-me e ter sido sugerido pelo professor que orienta os estudantes em ensino clínico” e “por ser avaliador da qualidade dos cuidados”.

TABELA 6: Razões para o exercício da supervisão

Razões para o exercício da supervisão	n	%
Voluntariou-se	8	3,6
Superior nomeou-o	143	64,7
Colegas sugeriram-no	12	5,4
Tem formação em SCE	3	1,4
Voluntariou-se e o superior nomeou-o	10	4,5
Voluntariou-se, o superior nomeou-o e os colegas sugeriram-no	4	1,8
Voluntariou-se, o superior nomeou-o e tem formação em SCE	2	0,9
Voluntariou-se e os colegas sugeriram-no	3	1,4
Voluntariou-se e tem formação em SCE	2	0,9
Superior nomeou-o e os colegas sugeriram-no	13	5,9
Superior nomeou-o, os colegas sugeriram-no e tem formação em SCE	2	0,9
Superior nomeou-o e tem formação em SCE	8	3,6
Os colegas sugeriram-no e tem formação em SCE	1	0,5
Outro	10	4,5
<b>Total</b>	<b>221</b>	<b>100,0</b>

A maioria dos enfermeiros não é atualmente supervisor clínico (71,1%; n=194), mas gostaria de vir a desempenhar essa função (68,5%; n=187). Hyrkäs e Shoemaker (2007) concluíram que os enfermeiros ficam satisfeitos com o

desempenho do papel de supervisor clínico, especialmente quando daí auferem benefícios. Como referem Silva, Pires e Vilela (2011) os benefícios têm vindo a aumentar para os enfermeiros que exercem funções de supervisão. No entanto, Nettleton e Bray (2008) concluíram que a maioria dos enfermeiros afirma que o reconhecimento e regalias do exercício do papel de supervisão são insignificantes, e somente 8% dos participantes referiu sentir que as suas funções de supervisão foram realmente reconhecidas e recompensadas.

No que concerne à importância de ter formação em SCE para exercer funções de supervisor clínico, a maioria (88,6%; n=242) dos participantes considera que é importante, 5,1% (n=14) dos enfermeiros responderam não ser importante e 6,2% (n=17) acham indiferente. Estes resultados corroboram os de outros autores que referem que, independente de se tratar de supervisão de pares ou de estudantes, é crucial que o supervisor clínico tenha formação em SCE para desempenhar esse papel (Severinsson & Hallberg, 1996; White et al., 1998; Lyth, 2000; Bourbonnais & Kerr, 2007; Hyrkäs & Shoemaker, 2007; Moseley & Davies, 2008; Myall et al., 2008; Nettleton & Bray, 2008; Paton & Binding, 2009; Rogan, 2009; Silva, Pires & Vilela, 2011). Pensa-se que os 14 enfermeiros que consideram não importante e os 17 que mencionam ser indiferente têm essa opinião devido ao facto da formação em SCE ser recente em Portugal, havendo ainda enfermeiros que, embora exerçam funções de supervisão, não detêm nenhuma formação específica na área, o que pode eventualmente levar à desvalorização da formação em SCE para o desempenho da função de supervisor clínico.

Relativamente à importância da SCE para o desenvolvimento profissional (tabela 7), a maioria (87,5%; n=239) dos enfermeiros considera-a importante, o que é consonante com os resultados obtidos noutros estudos, em que a SC é destacada como benéfica para o desenvolvimento profissional, uma vez que possibilita experienciar um sentimento de bem-estar essencial para a aquisição e desenvolvimento de novas competências no exercício profissional (Lyth, 2000; Winstanley & White, 2003; Butterworth et al., 2008). Contudo, atendendo aos benefícios da SCE para o desenvolvimento da enfermagem e para a qualidade dos cuidados de enfermagem, considera-se preocupante que 6,6% (n=18) dos enfermeiros afirme ser indiferente e 5,9% (n=16) responda não ser importante.

TABELA 7: Importância da SCE para o desenvolvimento profissional

Importância da SCE para o desenvolvimento profissional	n	%
Não importante	16	5,9
Indiferente	18	6,6
Importante	239	87,5
Total	273	100,0

Para se identificar a frequência com que as estratégias de SCE são implementadas e nunca são implementadas nos SS e quais as estratégias de SCE que os enfermeiros desejariam que fossem mais frequentemente implementadas e nunca fossem implementadas nos SS, optou-se por elaborar tabelas que descrevessem o *ranking* das 16 estratégias selecionadas para o estudo. No QAFESCE é pedido aos participantes que, para cada uma das estratégias, identifiquem a frequência com que é realizada e com que frequência desejariam que fosse realizada, podendo a sua opção de resposta variar de uma ou mais vezes por dia (1), uma ou mais vezes por semana (2), uma ou mais vezes por mês (3), mais do que uma vez por trimestre (4) a nunca (5). Solicitou-se aos inquiridos que assinalassem a opção que melhor traduzisse a frequência implementada e a frequência desejada de implementação das estratégias de SCE nos seus serviços. Para estabelecer o *ranking* das estratégias de SCE mais frequentemente implementadas, definiu-se como critério: ter maior valor de percentagem no *score* 1 e, no caso de duas estratégias obterem o mesmo valor de percentagem nesse *score*, verificar-se consecutivamente nos *scores* 2, 3, 4 e 5, o valor mais alto obtido pela mesma. Para estabelecer o *ranking* das estratégias de SCE que nunca são implementadas, a análise será feita da forma inversa à anteriormente explicitada.

Analisando quais as estratégias de SCE que os enfermeiros referem ser mais frequentemente implementadas nos seus serviços (tabela 8), concluiu-se que a «observação» é a mais frequentemente implementada (38,8%; n=106) e o «relatório reflexivo» a menos utilizada (1,1%; n=3). Verifica-se, ainda, que as «sessões de supervisão individuais» são mais frequentemente implementadas (10,3%; n=28) do que as «sessões de supervisão em grupo» (3,7%; n=10), o que corrobora os resultados de White e colaboradores (1998), que apuraram que é mais comum a realização de sessões de supervisão individuais.

No que respeita às estratégias de SCE que os participantes mencionam que nunca são implementadas nos SS, pode constatar-se que a «supervisão à distância: *skype*®» é a estratégia que os enfermeiros mais referem como nunca sendo implementada (74,7%; n=204), seguida das outras duas estratégias de supervisão à

distância: telefone (55,7%; n=152) e *e-mail* (49,8%; n=136). A «auto supervisão» é a estratégia menos referida como nunca implementada (11,4%; n=31).

Os resultados obtidos, no que diz respeito às estratégias de supervisão à distância, estão conformes com Marrow e colaboradores (2002), que mencionam que as estratégias de supervisão à distância não são muito aplicadas neste contexto. Quanto à estratégia «auto supervisão», compreende-se que ocupe a décima-sexta posição no *ranking* das estratégias que nunca são implementadas nos SS, pois trata-se de uma estratégia de introspeção metacognitiva, de autoanálise e de autorreflexão, que possibilita ao supervisionado sentir-se mais confiante e seguro no desempenho profissional.

TABELA 8: Frequência de implementação de estratégias de SCE nos SS

Estratégias de SCE	% nos scores				
	1	2	3	4	5
Sessões de supervisão individuais	10,3	29,3	23,1	15,8	21,6
Sessões de supervisão em grupo	3,7	20,9	27,8	19,8	27,8
<i>Feedback</i>	14,7	21,2	25,3	19,0	19,8
Análise crítico-reflexiva das práticas	15,4	26,0	24,2	18,3	16,1
Análise de casos com o supervisionado	8,1	26,0	27,8	18,7	19,4
Análise de casos em grupo	2,2	17,2	31,9	20,1	28,6
Auto supervisão	16,1	32,6	28,6	11,4	11,4
Análise de documentação dos cuidados de enfermagem	13,9	28,9	23,8	19,4	13,9
Demonstração	31,1	21,2	16,5	13,9	17,2
Relatório reflexivo	1,1	12,1	25,3	27,5	34,1
Supervisão à distância: telefone	5,5	10,6	14,7	13,6	55,7
Supervisão à distância: <i>e-mail</i>	7,3	15,8	11,0	16,1	49,8
Supervisão à distância: <i>skype</i> ®	4,8	7,0	7,7	5,9	74,7
Apoio	24,2	22,3	17,9	16,5	19,0
Formação contínua	11,7	15,4	26,0	35,5	11,4
Observação	38,8	17,2	12,1	15,0	16,8

Em contexto hospitalar, conforme se pode observar na tabela 9, a «observação» é também a estratégia de SCE que os enfermeiros identificam como sendo a mais frequentemente implementada (38,9%; n=68) e o «relatório reflexivo» a menos utilizada (1,1%; n=2). Pela análise da tabela 9, verifica-se ainda que a estratégia «sessões de supervisão individuais» encontra-se numa posição superior no *ranking* (décima posição), quando comparada com a estratégia «sessões de supervisão em grupo» (décima-primeira posição), sendo estes resultados consonantes com o de Johnson (1995 Cit. por Winstanley & White, 2003), que concluiu que em contexto hospitalar os enfermeiros utilizam preferencialmente as sessões de supervisão individuais.

As estratégias de supervisão à distância: *skype*<sup>®</sup> (78,9%; n=138), telefone (60,6%; n=106) e *e-mail* (57,1%; n=100) são as que os enfermeiros referem mais vezes como não sendo implementadas. Constata-se ainda que a «auto supervisão» é a estratégia menos mencionada como a nunca implementada (11,4%; n=20). Verificou-se que estes resultados são semelhantes aos encontrados nos SS, podendo apontar-se para este contexto as mesmas razões anteriormente explicitadas.

TABELA 9: Frequência de implementação de estratégias de SCE em contexto hospitalar

Estratégias de SCE	% nos scores				
	1	2	3	4	5
Sessões de supervisão individuais	9,1	27,4	26,3	13,7	23,4
Sessões de supervisão em grupo	5,7	16,6	28,6	22,9	26,3
<i>Feedback</i>	14,9	21,1	23,4	19,4	21,1
Análise crítico-reflexiva das práticas	16,6	25,1	20,0	21,7	16,6
Análise de casos com o supervisionado	10,3	24,0	24,6	20,6	20,6
Análise de casos em grupo	2,9	16,6	29,7	24,6	26,3
Auto supervisão	18,3	28,0	31,4	10,9	11,4
Análise de documentação dos cuidados de enfermagem	14,9	28,6	20,6	21,1	14,9
Demonstração	30,9	20,0	15,4	15,4	18,3
Relatório reflexivo	1,1	11,4	20,6	28,0	38,9
Supervisão à distância: telefone	5,7	8,6	12,6	12,6	60,6
Supervisão à distância: <i>e-mail</i>	5,7	13,7	8,6	14,9	57,1
Supervisão à distância: <i>skype</i> <sup>®</sup>	5,1	5,7	5,7	4,6	78,9
Apoio	25,1	20,0	16,6	16,6	21,7
Formação contínua	12,6	13,1	23,4	38,3	12,6
Observação	38,9	15,4	11,4	16,0	18,3

Conclui-se, igualmente, que a «observação» é a estratégia mais frequentemente implementada (39,2%; n=38) em contexto de CSP (tabela 10). No entanto, a estratégia menos implementada neste contexto são as «sessões de supervisão em grupo» (0,0%; n=0), sendo estes resultados dissonantes dos encontrados por Johnson (1995 Cit. por Winstanley & White, 2003), que concluiu que em CSP as sessões de supervisão em grupo são mais frequentemente implementadas do que as sessões de supervisão individuais.

As estratégias de SCE à distância mantêm-se como as mais citadas como nunca utilizadas. Estes resultados são dissonantes dos encontrados por Marrow e colaboradores (2002), que referem que em CSP as estratégias de supervisão à distância são amplamente utilizadas. A «formação contínua» é a estratégia menos referida pelos enfermeiros como nunca implementada.



TABELA 10: Frequência de implementação de estratégias de SCE em contexto de CSP

Estratégias de SCE	% nos scores				
	1	2	3	4	5
Sessões de supervisão individuais	12,4	33,0	17,5	19,6	17,5
Sessões de supervisão em grupo	0,0	28,9	26,8	14,4	29,9
<i>Feedback</i>	14,4	21,6	28,9	18,6	26,5
Análise crítico-reflexiva das práticas	13,4	27,8	32,0	12,4	14,4
Análise de casos com o supervisionado	4,1	29,9	34,0	15,5	16,5
Análise de casos em grupo	1,0	18,6	36,1	12,4	32,0
Auto supervisão	11,3	41,2	23,7	12,4	11,3
Análise de documentação dos cuidados de enfermagem	12,4	29,9	28,9	16,5	12,4
Demonstração	32,0	23,7	18,6	11,3	14,4
Relatório reflexivo	1,0	13,4	33,0	26,8	25,8
Supervisão à distância: telefone	5,2	14,4	18,6	14,4	47,4
Supervisão à distância: <i>e-mail</i>	10,3	19,6	15,5	18,6	36,1
Supervisão à distância: <i>skype</i> <sup>®</sup>	4,1	8,2	11,3	8,2	68,0
Apoio	22,7	26,8	20,6	16,5	13,4
Formação contínua	10,3	19,6	30,9	29,9	9,3
Observação	39,2	20,6	12,4	13,4	14,4

Comparando o *ranking* obtido em contexto hospitalar (tabela 9) com o dos CSP (tabela 10), observa-se que as três primeiras estratégias de SCE elencadas como mais frequentemente utilizadas são as mesmas: «observação», «demonstração» e «apoio». Contudo as «sessões de supervisão individuais» aparecem na sexta posição nos CSP (12,4%; n=12) e em décimo lugar em contexto hospitalar (9,1%; n=16). Os dados obtidos estão de acordo Winstanley e White (2003), que referem que, para obter benefícios da implementação da SCE nos CSP, as sessões de supervisão, independentemente de serem individuais ou em grupo, devem ser mais frequentemente realizadas do que em contexto hospitalar; nos CSP as sessões de supervisão devem ser realizadas pelo menos mensalmente, enquanto que em contexto hospitalar, deverão ser realizadas com menos de três meses de intervalo.

Em contexto hospitalar as «sessões de supervisão individuais» aparecem numa posição no *ranking* superior (9,1%; n=16) relativamente às «sessões de supervisão em grupo» (5,7%; n=10), verificando-se o mesmo em contexto de CSP. Estes resultados são dissonantes dos de Johnson (1995 Cit. por Winstanley & White, 2003), que concluiu que os enfermeiros do contexto hospitalar têm geralmente sessões de supervisão individuais, enquanto que os dos CSP têm sessões de supervisão em grupo.

Não se tendo encontrado estudos que expliquem o facto de em CSP as seguintes estratégias serem menos implementadas do que em contexto hospitalar: «análise de documentação dos cuidados de enfermagem» (passa da sétima posição para a sexta, respetivamente), «auto supervisão» (passa da oitava posição para a quarta, respetivamente), «formação contínua» (passa da nona posição para a oitava, respetivamente) e «análise de casos com o supervisionado» (passa da décima-segunda posição para a nona, respetivamente), pensa-se que a razão dessas estratégias serem mais frequentemente implementadas em contexto hospitalar está relacionada com o facto de nesse contexto existir momentos privilegiados para a reflexão e discussão sobre casos, como, por exemplo, as passagens de turno. De facto, todas estas estratégias poderão ser passivas de serem utilizados nesses momentos, quando se discute os diagnósticos de enfermagem identificados para um determinado cliente ou um caso específico de um cliente, o que não só vai permitir ao enfermeiro refletir sobre a sua própria prestação de cuidados, como também vai permitir-lhe atualizar conhecimentos e práticas, incrementando a sua confiança e segurança no seu exercício profissional.

Relativamente às estratégias de SCE que nunca são implementadas, quer em contexto hospitalar, quer nos CSP, a «supervisão à distância: *skype*<sup>®</sup>», «supervisão à distância: telefone» e «supervisão à distância: *e-mail*» ocupam em ambos os contextos a primeira, segunda e terceira posição nos *rankings*, respetivamente. Em contexto hospitalar, as estratégias «relatório reflexivo» (quarta posição *versus* sétima, respetivamente) e «apoio» (oitava posição *versus* décima-terceira, respetivamente) aparecem numa posição superior no *ranking*, quando comparadas em contexto de CSP. Pelo contrário, a estratégia «análise crítico-reflexiva das práticas» (décima-terceira posição *versus* décima-primeira) é mais referenciada como nunca sendo utilizada nos CSP do que em contexto hospitalar.

Não se tendo encontrado nenhum estudo sobre as estratégias de SCE que nunca são implementadas quer em contexto hospitalar, quer em CSP, tem-se em conta as conclusões de Marrow e colaboradores (2002) que referem que as estratégias de supervisão à distância são as mais frequentemente utilizadas em CSP, pelo que se esperava, relativamente a estas estratégias, que houvesse alterações nos *rankings*, o que não se veio a verificar.

No que respeita às estratégias de «relatório reflexivo» e «apoio» pensa-se que o serem mais referenciadas como nunca sendo implementadas nos hospitais, comparativamente aos CSP, pode dever-se ao facto de os enfermeiros dos CSP

desempenharem as suas funções de uma forma mais isolada, justificando-se, assim, maior necessidade de momentos de partilha e reflexão, constituindo-se estas estratégias fulcrais nesse sentido. Por sua vez, a estratégia «análise crítico-reflexiva das práticas» em contexto hospitalar surge numa posição inferior comparando com o *ranking* dos CSP, podendo este facto estar associado à existência de mais momentos de partilha, nomeadamente as passagens de turno, onde esta estratégia é muitas vezes usada, concretamente quando se faz a discussão de casos de clientes.

Quanto às estratégias de SCE que os enfermeiros desejariam que fossem mais frequentemente implementadas nos SS (tabela 11), constatou-se que a «observação» é a que os enfermeiros desejariam que fosse mais frequentemente implementada (48,0%; n=131) e o «relatório reflexivo» a que os enfermeiros menos desejariam que fosse usada (4,8%; n=13). Não se tendo encontrado estudos sobre o desejo de implementação das estratégias de SCE nos SS, poder-se-á depreender que os enfermeiros sentem necessidade em observar as práticas e atitudes dos seus supervisionados, para posteriormente providenciar um *feedback* claro e construtivo para a otimização da comunicação e dos processos de auto e hétero conhecimento, fomentando a prática do supervisionado e, conseqüentemente, a sua confiança e a segurança no desempenho do seu exercício profissional. No que respeita à estratégia «relatório reflexivo», poder-se-á compreender estes resultados, se se tiver em conta o estudo de White e colaboradores (1998), que referem que muitas vezes os enfermeiros percecionam a reflexão escrita como um momento de avaliação e/ou crítica, pelo que vão desejar que essa estratégia seja pouco implementada.

Ainda de salientar é o facto de os enfermeiros mencionarem o «apoio» (terceira posição no *ranking*) como uma estratégia que gostariam que fosse mais frequentemente implementada, o que corrobora os resultados de Butterworth e Bishop (1995), em que uma das oito características identificadas como cruciais para o desempenho de uma prática ideal é o apoio.

A estratégia «supervisão à distância: *skype*®» é a que os enfermeiros mais desejam que nunca seja implementada (38,5%; n=105). Pelo contrário, o «*feedback*» é a que menos enfermeiros referem como desejando que nunca fosse implementada (1,1%; n=3). Quanto à estratégia «*feedback*», compreende-se que ocupe a décima-sexta posição no *ranking* das estratégias que os enfermeiros desejariam que nunca fossem implementadas nos SS, pois constitui-se essencial no processo supervisoivo, visto que promove a consciencialização do supervisionado sobre o seu desempenho.

TABELA 11: Frequência relativa ao desejo de implementação de estratégias de SCE nos SS

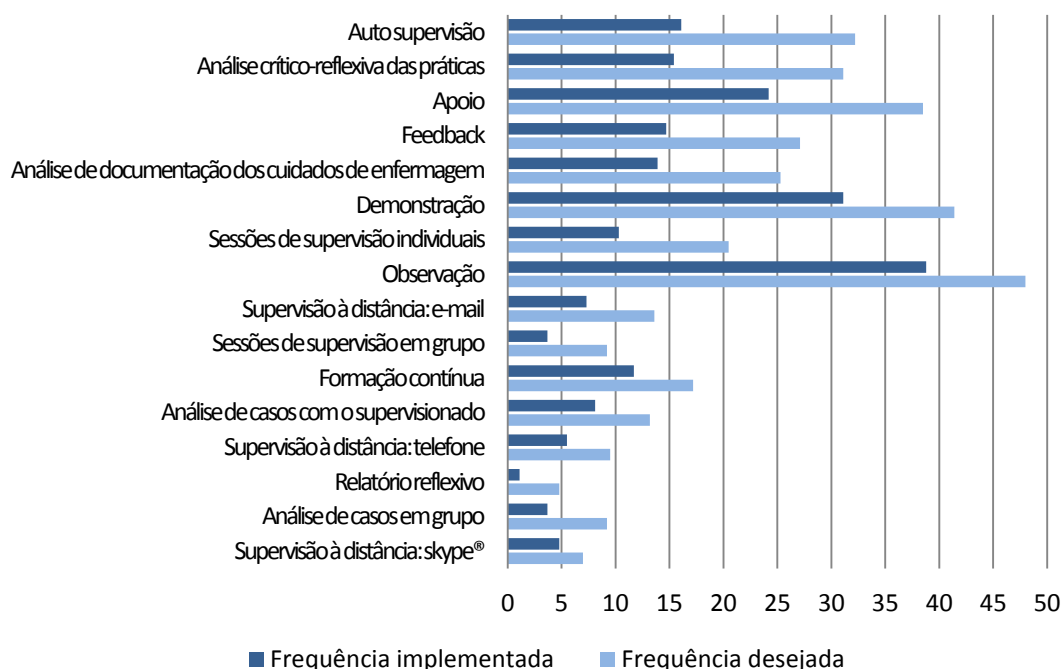
Estratégias de SCE	% nos scores				
	1	2	3	4	5
Sessões de supervisão individuais	20,5	36,6	22,7	18,7	1,5
Sessões de supervisão em grupo	9,2	35,2	33,0	19,4	3,3
<i>Feedback</i>	27,1	28,9	28,6	14,3	1,1
Análise crítico-reflexiva das práticas	31,1	29,7	24,2	12,8	2,2
Análise de casos com o supervisionado	13,2	44,0	26,0	14,7	2,2
Análise de casos em grupo	5,1	34,1	38,5	19,4	2,9
Auto supervisão	32,2	33,7	22,0	9,9	2,2
Análise de documentação dos cuidados de enfermagem	25,3	33,3	26,0	12,5	2,9
Demonstração	41,4	24,9	16,5	13,9	3,3
Relatório reflexivo	4,8	18,3	32,6	39,2	5,1
Supervisão à distância: telefone	9,5	19,0	25,3	21,6	24,5
Supervisão à distância: e-mail	13,6	25,3	24,2	22,7	14,3
Supervisão à distância: skype®	7,0	16,1	18,3	20,1	38,5
Apoio	38,5	25,3	22,3	11,4	2,6
Formação contínua	17,2	21,2	39,2	19,0	3,3
Observação	48,0	15,0	18,3	14,3	4,4

Comparando o *ranking* das estratégias de SCE que os enfermeiros referem que são mais frequentemente implementadas nos seus serviços (tabela 8) com o *ranking* das estratégias de SCE que desejariam que fossem mais frequentemente implementadas (tabela 11), verifica-se que as sete primeiras estratégias e as duas últimas encontram-se nas mesmas posições.

Quando se compara as percentagens obtidas no *score* 1 das estratégias de SCE que os enfermeiros referem que são mais frequentemente implementadas nos seus serviços com as que desejariam que fossem mais frequentemente implementadas (gráfico 1), constata-se que os enfermeiros desejam que as 16 estratégias de SCE sejam mais implementadas do que são na atualidade. O gráfico está organizado de forma a que a primeira estratégia seja a que apresenta uma maior diferença entre o *score* de realizada e desejada e assim consecutivamente, sendo a percentagem de diferença nos *scores* a seguinte: «auto supervisão» (16,1%), «análise crítico-reflexiva das práticas» (15,7%), «apoio» (14,3%), «*feedback*» (12,4%), «análise de documentação dos cuidados de enfermagem» (11,4%), «demonstração» (10,3%), «sessões de supervisão individuais» (10,2%), «observação» (9,2%), «supervisão à distância: e-mail» (6,3%), «sessões de supervisão em grupo» e «formação contínua» (5,5%), «análise de casos com o supervisionado» (5,1%), «supervisão à distância: telefone» (4%), «relatório

reflexivo» (3,7%), «análise de casos em grupo» (2,9%) e «supervisão à distância: skype®» (2,2%).

GRÁFICO 1: Estratégias de SCE mais frequentemente implementadas e desejadas nos SS



Pela análise da tabela 12 pode verificar-se que a estratégia «observação» é a que os enfermeiros desejariam que fosse mais frequentemente utilizada (46,3%; n=81) e o «relatório reflexivo» a que menos querem ver implementada em contexto hospitalar (4,6%; n=8).

Também neste contexto, as «sessões de supervisão em grupo» (12,0%; n=21) são menos desejadas que as «sessões de supervisão individuais» (17,7%; n=31), sendo este resultado consonante com o obtido por Johnson (1995 Cit. por Winstanley & White, 2003), que conclui que os enfermeiros do contexto hospitalar preferem as sessões de supervisão individuais às de grupo.

Mais uma vez, no contexto hospitalar, os enfermeiros mencionam a estratégia «apoio» (terceira posição no *ranking*) como uma estratégia que gostariam que fosse mais frequentemente implementada, o que corrobora os resultados encontrados por Butterworth e Bishop (1995), em que esta é uma das oito características identificadas como fundamentais para o desempenho de uma prática ideal.

Verifica-se, ainda, que a «supervisão à distância: *skype*<sup>®</sup>» é a primeira estratégia que os enfermeiros desejariam que nunca fosse implementada (40,6%; n=71) em contexto hospitalar e o «*feedback*» a última (1,1%; n=2).

TABELA 12: Frequência relativa ao desejo de implementação de estratégias de SCE em contexto hospitalar

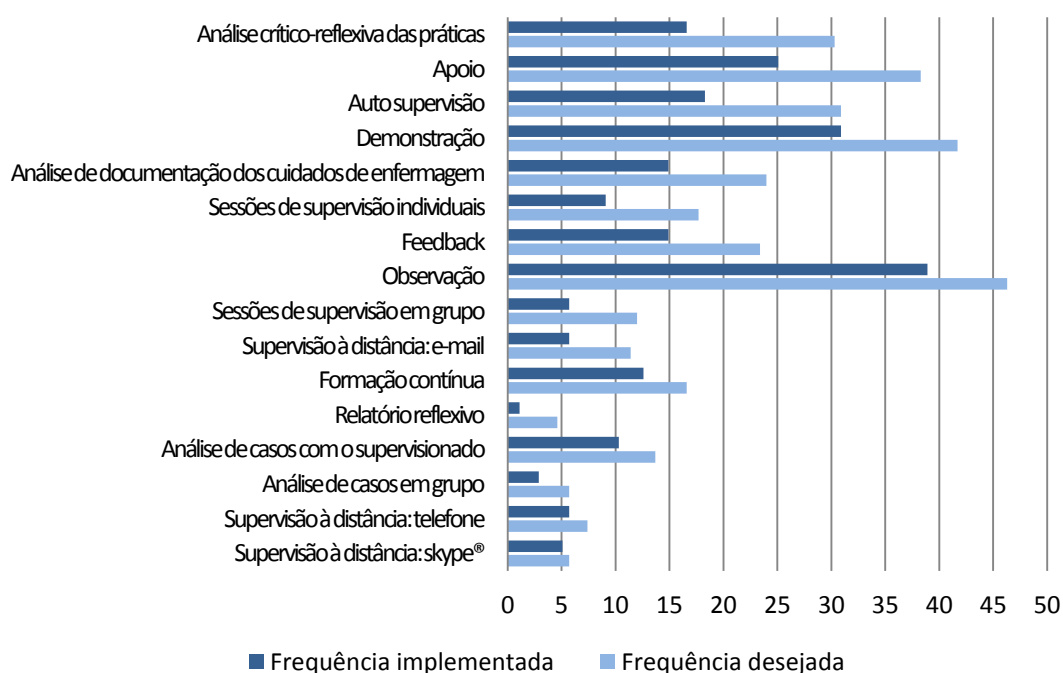
Estratégias de SCE	% nos scores				
	1	2	3	4	5
Sessões de supervisão individuais	17,7	38,9	25,7	16,0	1,7
Sessões de supervisão em grupo	12,0	33,7	33,7	18,3	2,3
<i>Feedback</i>	23,4	31,4	26,9	17,1	1,1
Análise crítico-reflexiva das práticas	30,3	29,1	25,7	12,6	2,3
Análise de casos com o supervisionado	13,7	42,3	26,3	15,4	2,3
Análise de casos em grupo	5,7	34,9	37,1	19,4	2,9
Auto supervisão	30,9	36,6	22,3	8,6	1,7
Análise de documentação dos cuidados de enfermagem	24,0	33,7	29,7	9,7	2,9
Demonstração	41,7	24,0	16,6	14,9	2,9
Relatório reflexivo	4,6	16,0	30,9	42,9	5,7
Supervisão à distância: telefone	7,4	20,0	20,6	21,7	30,3
Supervisão à distância: <i>e-mail</i>	11,4	22,9	23,4	24,0	18,3
Supervisão à distância: <i>skype</i> <sup>®</sup>	5,7	16,6	16,0	21,1	40,6
Apoio	38,3	25,7	20,0	13,1	2,9
Formação contínua	16,6	20,0	40,6	19,4	3,4
Observação	46,3	14,9	21,1	12,0	5,7

Comparando o *ranking* das estratégias de SCE que os enfermeiros referem que são mais frequentemente implementadas em contexto hospitalar (tabela 9) com o *ranking* das estratégias de SCE que desejariam que fossem implementadas (tabela 12), verifica-se que as sete primeiras estratégias e a última são as mesmas, sendo a principal diferença encontrada os enfermeiros desejarem que as «sessões de supervisão individuais» sejam mais implementadas do que são na atualidade, tendo-se observado que esta estratégia passou da décima posição no *ranking* para a oitava.

Quando se compara as percentagens obtidas no *score* 1 das estratégias de SCE que os enfermeiros referem que são mais frequentemente implementadas em contexto hospitalar com as que desejariam que fossem mais frequentemente implementadas (gráfico 2), constata-se que os enfermeiros desejam que as 16 estratégias de SCE sejam mais implementadas do que são na atualidade. O gráfico está organizado para que a primeira estratégia seja a que apresenta uma maior diferença entre o *score* de realizada e desejada e assim consecutivamente, sendo a percentagem de diferença nos *scores* a seguinte: «análise crítico-reflexiva das

práticas» (13,7%), «apoio» (13,2%), «auto supervisão» (12,6%), «demonstração» (10,8%), «análise de documentação dos cuidados de enfermagem» (9,1%), «sessões de supervisão individuais» (8,6%), «*feedback*» (8,5%), «observação» (7,4%), «sessões de supervisão em grupo» (6,3%), «supervisão à distância: *e-mail*» (5,7%), «formação contínua» (4%), «relatório reflexivo» (3,5%), «análise de casos com o supervisionado» (3,4%), «análise de casos em grupo» (2,8%), «supervisão à distância: telefone» (1,7%) e «supervisão à distância: *skype*®» (0,6%).

GRÁFICO 2: Estratégias de SCE mais frequentemente implementadas e desejadas em contexto hospitalar



Como se pode verificar na tabela 13, nos CSP a maioria dos enfermeiros (51,5%; n=50) desejaria que a estratégia «observação» fosse mais frequentemente implementada e a «sessões de supervisão em grupo» a menos implementada (4,1%; n=4). Não se tendo encontrado estudos sobre as estratégias de SCE que os enfermeiros desejariam que fossem mais frequentemente implementadas em contexto de CSP, uma vez que a estratégia «observação» volta a ser a mais desejada, ter-se-á em conta o referido para os SS e para o contexto hospitalar.

Conclui-se ainda que a estratégia «sessões de supervisão em grupo» (4,1%; n=4) é preterida comparativamente às «sessões de supervisão individuais» (25,8%; n=25), diferindo estes resultados dos encontrados por Johnson (1995 Cit. por Winstanley & White, 2003), que refere que os enfermeiros dos CSP preferem as sessões de supervisão em grupo às individuais.

Também nos CSP, os enfermeiros identificam a estratégia «apoio» (terceira posição no *ranking*) como uma estratégia que gostariam que fosse mais frequentemente implementada, o que é consonante com os resultados encontrados por Butterworth e Bishop (1995), que salientam o apoio como uma das oito características essenciais ao desempenho de uma prática ideal.

Nos CSP concluiu-se, igualmente, que a «supervisão à distância: *skype*®» é a estratégia que mais enfermeiros desejariam que nunca fosse implementada (34,0%; n=33) e o «*feedback*» a última estratégia (1,0%; n=1) (tabela 13). Não se tendo encontrado estudos sobre as estratégias de SCE que os enfermeiros desejariam que nunca fossem implementadas em contexto de CSP, uma vez que a primeira estratégia do *ranking* e a última são as mesmas, ter-se-á em conta o referido para os SS e para o contexto hospitalar.

TABELA 13: Frequência relativa ao desejo de implementação de estratégias de SCE em contextos de CSP

Estratégias de SCE	% nos scores				
	1	2	3	4	5
Sessões de supervisão individuais	25,8	33,0	16,5	23,7	1,0
Sessões de supervisão em grupo	4,1	38,1	32,0	20,6	5,2
<i>Feedback</i>	34,0	24,7	30,9	9,3	1,0
Análise crítico-reflexiva das práticas	33,0	30,9	20,6	13,4	2,1
Análise de casos com o supervisionado	12,4	47,4	24,7	13,4	2,1
Análise de casos em grupo	4,1	33,0	41,2	18,6	3,1
Auto supervisão	34,0	28,9	21,6	12,4	3,1
Análise de documentação dos cuidados de enfermagem	26,8	33,0	19,6	17,5	3,1
Demonstração	40,2	26,8	16,5	12,4	4,1
Relatório reflexivo	5,2	22,7	36,1	33,0	3,1
Supervisão à distância: telefone	13,4	17,5	33,0	21,6	14,4
Supervisão à distância: <i>e-mail</i>	16,5	29,9	25,8	20,6	7,2
Supervisão à distância: <i>skype</i> ®	9,3	15,5	22,7	18,6	34,0
Apoio	38,1	24,7	26,8	8,2	2,1
Formação contínua	17,5	23,7	37,1	18,6	3,1
Observação	51,5	15,5	12,4	18,6	2,1

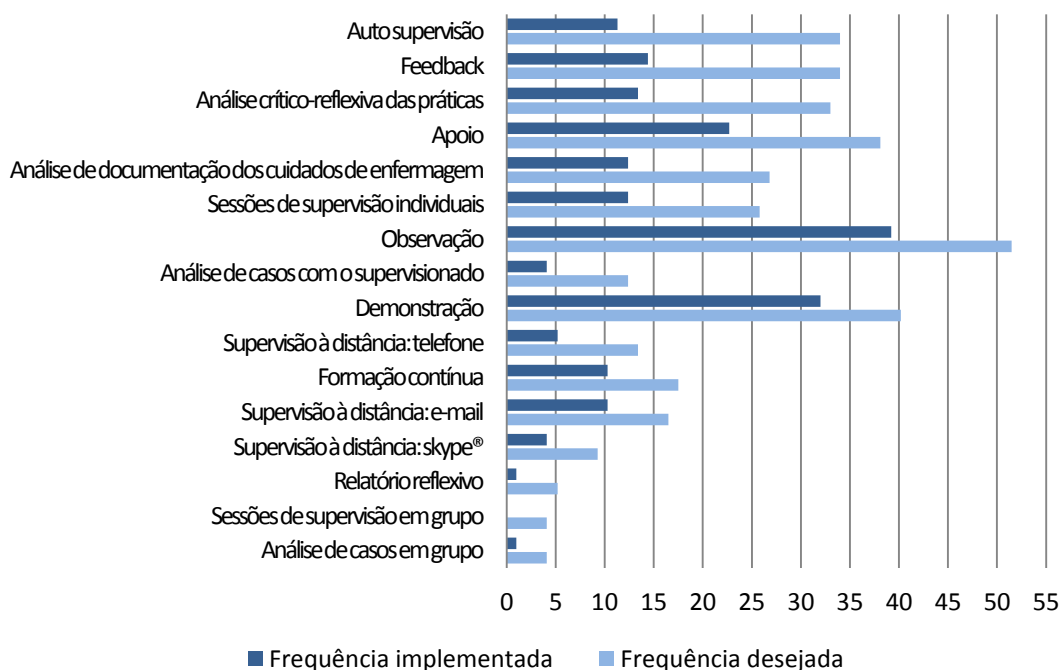
Comparando o *ranking* das estratégias de SCE que os enfermeiros referem que são mais frequentemente implementadas nos CSP (tabela 10) com o *ranking* das estratégias de SCE que desejariam que fossem mais frequentemente implementadas (tabela 13), observa-se que existem várias diferenças. Os enfermeiros desejam que a estratégia «auto supervisão» (passa da oitava posição para a quarta) seja mais utilizada e que as estratégias «sessões de supervisão individuais» (passa da sexta posição para a oitava) e «análise de casos em grupo»



(passa da décima-quarta posição para a décima-sexta) sejam menos implementadas.

Quando se compara as percentagens obtidas no *score* 1 das estratégias de SCE que os enfermeiros referem que são mais frequentemente implementadas em CSP com as que desejariam que fossem mais frequentemente implementadas (gráfico 3), constata-se que os enfermeiros desejam que todas as estratégias de SCE sejam mais implementadas do que são na atualidade. O gráfico está organizado para que a primeira estratégia seja a que apresenta uma maior diferença entre o *score* de realizada e desejada e assim consecutivamente, sendo a ordem de estratégias e a percentagem de diferença nos *scores* a seguinte: «auto supervisão» (22,7%), «*feedback*» e «análise crítico-reflexiva das práticas» (19,6%), «apoio» (15,4%), «análise de documentação dos cuidados de enfermagem» (14,4%), «sessões de supervisão individuais» (13,4%), «observação» (12,3%), «análise de casos com o supervisionado» (8,3%), «demonstração» e «supervisão à distância: telefone» (8,2%), «formação contínua» (7,2%), «supervisão à distância: e-mail» (6,2%), «supervisão à distância: *skype*®» (5,2%), «relatório reflexivo» (4,2%), «sessões de supervisão em grupo» (4,1%) e «análise de casos em grupo» (3,1%).

GRÁFICO 3: Estratégias de SCE mais frequentemente implementadas e desejadas em contexto de CSP



Das estratégias elencadas como nunca desejadas pelos enfermeiros dos CSP (tabela 13) e do contexto hospitalar (tabela 12), verifica-se que algumas

apresentam diferenças, ou seja, é atribuída à mesma estratégia uma diferente posição. As «sessões de supervisão em grupo» (quarta posição *versus* décima-primeira, respetivamente), a «demonstração» (quinta posição *versus* oitava, respetivamente) e a «auto supervisão» (décima posição *versus* décima-quinta, respetivamente) são mais referidas pelos enfermeiros dos CSP como estratégias que desejam que nunca sejam implementadas, comparativamente aos enfermeiros do hospital. Em contrapartida, os enfermeiros do contexto hospitalar, comparativamente com os dos CSP, desejam mais que as estratégias «relatório reflexivo» (quarta posição *versus* sexta, respetivamente), «observação» (quinta posição *versus* décima-primeira, respetivamente), «formação contínua» (sexta posição *versus* oitava, respetivamente) e «apoio» (nona posição *versus* décima-quarta, respetivamente) nunca sejam implementadas.

Comparando o *ranking* das estratégias de SCE que os enfermeiros dos CSP (tabela 13) e do contexto hospitalar (tabela 12) desejariam que fossem mais frequentemente implementadas, verifica-se que a estratégia «*feedback*» (quinta posição *versus* sétima, respetivamente), «relatório reflexivo» (décima-quarta posição *versus* décima-sexta, respetivamente) e todas as estratégias de supervisão à distância são mais desejadas pelos enfermeiros dos CSP. Em contrapartida, as estratégias «análise de casos com o supervisionado» (décima-segunda posição *versus* décima, respetivamente), «sessões de supervisão em grupo» (décima-quinta posição *versus* décima-primeira, respetivamente) e «análise de casos em grupo» (décima-sexta posição *versus* décima-quarta, respetivamente) são mais desejadas pelos enfermeiros do contexto hospitalar.

Verificou-se que há diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros dos CSP e os do hospital relativamente ao desejo de implementação das estratégias «relatório reflexivo» ( $U=7299,0$ ;  $p=0,044$ ), «supervisão à distância: telefone» ( $U=6957,0$ ;  $p=0,012$ ) e «supervisão à distância: *e-mail*» ( $U=6885,0$ ;  $p=0,008$ ). Como pode verificar-se na tabela 14, os enfermeiros do contexto hospitalar apresentam uma média superior nas três estratégias. Uma vez que no QAFESCE a ordem das opções das questões de escolha múltipla está invertida (1-uma ou mais vezes por dia; 2-uma ou mais vezes por semana; 3-uma ou mais vezes por mês; 4-mais do que uma vez por trimestre e 5-nunca), pode concluir-se que são os enfermeiros do contexto hospitalar que menos desejam a implementação destas estratégias (no anexo X apresentam-se as tabelas com os resultados do teste Mann-Whitney para todas as estratégias).

Os enfermeiros dos CSP recorrem mais frequentemente às estratégias de supervisão à distância do que os enfermeiros do contexto hospitalar (Marrow et al., 2002). Face a estes resultados pensa-se que o facto de em contexto hospitalar haver mais momentos de partilha entre os enfermeiros, nomeadamente nas passagens de turno, desenvolvendo-se uma metodologia assente no trabalho em equipa, poderá levar a que os enfermeiros se sintam apoiados pessoalmente (*face to face*), não necessitando de recorrer às estratégias de supervisão à distância.

Como se referiu anteriormente, a estratégia «relatório reflexivo» ser mais desejada nos CSP pode estar relacionado com o facto de os enfermeiros neste contexto poderem sentir necessidade de mais momentos de partilha e de reflexão com o supervisor clínico, devido às características dos espaços físicos, que não permitem uma proximidade tão grande no decurso das práticas, levando muitas vezes os enfermeiros a estarem afastados do supervisor clínico durante o desempenho das suas funções.

TABELA 14: Resultados do teste Mann-Whitney relativos ao desejo de implementação das estratégias de SCE em função do contexto de trabalho

	CSP (n=97)	Hospital (n=175)	
	Ordem Média	Ordem Média	p
Relatório reflexivo	124,25	143,29	,044
Supervisão à distância: telefone	120,72	145,25	,012
Supervisão à distância: <i>e-mail</i>	119,98	145,65	,008

Por último, para validar o QAFESCE, foram avaliadas as seguintes propriedades psicométricas: validade e fidelidade. A equivalência psicométrica corresponde à validação propriamente dita do instrumento de medida, pelo que, para averiguar as suas qualidades psicométricas, é necessário determinar a validade e a fidelidade deste, com o intuito de se conhecer o grau de generalização que os resultados poderão alcançar (Moreira, 2004; Fortin, 2009). A fidelidade e a validade de um instrumento não são completamente dissociáveis (Polit & Beck, 2011), pelo que se torna essencial avaliar ambas para a demonstração das qualidades psicométricas de um instrumento, pois só assim se garante que ele mede o que se pretende medir e não outro aspeto diferente ou parecido (validade) e ainda encontrar o mesmo resultado, dentro de um erro aceitável, se a medição for repetida nas mesmas condições, com os mesmos respondentes (fidelidade) (Ribeiro, 2007).

Segundo Fortin (2009, p. 354-355), a validade corresponde ao grau no qual o instrumento mede o que supostamente deve medir, ou seja, “(...) corresponde

ao grau de precisão com o qual o conceito é representado por enunciados particulares num instrumento de medida”, sendo que apenas o instrumento válido terá aceitação científica, pois serão maiores as hipóteses desse instrumento refletir com clareza o conceito que se pretende medir. Embora existam três tipos de validade, que variam conforme o tipo de informação fornecida e o propósito do investigador (LoBiondo-Wood & Haber, 2001), optou-se por determinar somente a validade de conteúdo. Esta validade tem um cariz mais teórico, sendo estabelecida através da evidência de que os atributos incluídos no teste correspondem a uma amostra representativa do que se pretende medir (Ribeiro, 2008). De acordo com Fortin (2009, p. 355), a validade de conteúdo “(...) refere-se ao carácter representativo dos enunciados utilizados num instrumento para medir o conceito (...)”, isto é, reporta-se à utilização adequada e em proporções corretas de todos os aspetos considerados fulcrais na avaliação do teste, abrangido pelos seus itens, mencionando a não utilização de fatores irrelevantes.

De acordo com Fitzner (2007), a validade de conteúdo compreende somente a avaliação por um grupo de especialistas. No entanto, os investigadores têm descrito que a validade de conteúdo é um processo de julgamento composto por duas partes distintas - a primeira envolve o desenvolvimento do instrumento e a segunda a sua avaliação por meio da análise de especialistas -, uma vez que só assim se pode considerar que a validade de conteúdo de instrumentos é também garantida pelo procedimento de elaboração dos mesmos (Alexandre & Coluci, 2011).

Na avaliação do questionário por meio da análise de especialistas é frequente pedir-se ajuda de peritos, que avaliam a escolha dos enunciados ou das questões, com o intuito de assegurar que os itens de um instrumento representam adequadamente o que se pretende medir (Fortin, 2009). A validação de conteúdo do instrumento por especialistas permite afirmar que o instrumento avalia o que é suposto, sendo considerada uma validade de primeira linha (Ribeiro, 2007). De acordo com Ferreira e Marques (1998, p. 13), os métodos normalmente utilizados para demonstrar a validade de conteúdo incluem “ (...) a utilização de júzos de painéis de pessoas comuns e/ou de peritos sobre a clareza, a inclusão de todos os conceitos, a redundância de itens e escalas de um instrumento”.

A validade de conteúdo está diretamente relacionada com a concetualização e a definição de um domínio, pelo que deve ser conseguida durante a construção do teste e não após (Ribeiro, 2008). Desta forma, para construir a variedade de itens, o investigador deve inicialmente definir o

constructo de interesse e as suas dimensões por meio de pesquisa bibliográfica e consulta a estudiosos da área e a representantes da população de interesse (DeVon et al., 2007). De forma a garantir a validade de conteúdo, o desenvolvimento do instrumento deverá englobar três fases: a identificação dos domínios, a formação dos itens e a construção do instrumento (Alexandre & Coluci, 2011).

Nesta investigação, a validade de conteúdo foi realizada através do grupo de peritos internacionais e nacionais e pelo grupo de enfermeiros que participaram no pré-teste. O grupo de peritos, como referido no capítulo anterior, era constituído por 11 elementos: quatro professores de enfermagem do Reino Unido, Irlanda, Alemanha e Finlândia e seis professores de enfermagem portugueses, todos com experiência clínica e trabalhos desenvolvidos na área de SCE, e, ainda, um professor da área das ciências da educação. O grupo de peritos analisou a primeira versão do QAFESCE (versão elaborada com base na revisão de literatura) com o objetivo de julgar a validade do seu conteúdo. Com base nas suas sugestões elaborou-se a segunda versão do QAFESCE que foi submetida a pré-teste, com o objetivo de avaliar a perceção que os enfermeiros (representantes da população) têm a respeito dos itens que compõem o questionário, quanto à compreensão e clareza dos mesmos e, ainda, quanto à representação do fenómeno da SCE. O grupo de pré-teste foi intencionalmente constituído por 10 enfermeiros sem formação em SCE e por nove enfermeiros com formação em SCE, com o intuito de ser representativo da população e de se assegurar a correção de frases e termos que poderiam não estar muito claros (Alexandre & Coluci, 2011). Uma vez que as alterações sugeridas pelos enfermeiros do pré-teste não alteraram o conteúdo nem a forma do questionário, considerou-se não ser necessário realizar um segundo pré-teste, tendo sido aceites e integradas na versão final do QAFESCE todas as alterações sugeridas.

Uma vez que na construção do QAFESCE, nomeadamente no desenvolvimento do questionário, foram tidas em conta a identificação dos domínios, a formação dos itens e a construção do instrumento, conclui-se que a primeira parte do julgamento da validade de conteúdo foi efetuada.

A fidelidade reporta-se à precisão e constância das medidas através da utilização de um instrumento de medida, remetendo-se à “(...) capacidade do instrumento medir de uma vez para outra um mesmo objeto de uma forma constante (noção de reprodutibilidade das medidas)” (Fortin, 2009, p. 348-349). Caso esta precisão e constância se verifique, é possível generalizar para uma variedade maior de circunstâncias, a partir de aplicações particulares do

instrumento, nas quais pode ser utilizado. Uma vez que em todas as técnicas de medida existe uma fração de erro atribuído ao acaso, a fidelidade aparece em graus variáveis, expressando-se sob a forma de um coeficiente de correlação, variando numa escala de 0,00 (ausência de relação) a 1,00 (correlação perfeita) (Polit & Beck, 2011). Cada uma das diferentes formas de avaliação da fidelidade confere um tipo de informação relativa à *performance* do instrumento e à capacidade de controlar o erro, que é expresso no coeficiente de fidelidade. Desta forma, se o coeficiente se aproximar de 1,00 concluiu-se que o instrumento é “altamente fiel” e, por isso, gera poucos erros, sendo o contrário válido para a correlação próxima de 0,00 (Fortin, 2009).

A fidelidade do QAFESCE foi estimada através da determinação da consistência interna. A consistência interna refere-se ao grau de concordância existente entre todos os enunciados individuais (itens) que compõem o instrumento de medida, correspondendo à homogeneidade de um conjunto de enunciados que medem diferentes aspetos de um mesmo conceito (Fortin, 2009). Segundo Ribeiro (2008, p.93), a consistência interna é “(...) encontrada com base na média das intercorrelações entre todos os itens do teste”, pelo que “(...) quanto mais os enunciados estão correlacionados maior é a consistência interna do instrumento” (Fortin, 2009, p. 350). De acordo com Fortin (2009), este método parte de uma única aplicação do mesmo teste, podendo o valor dos coeficientes variar entre 0,00 e 1,00, sendo que um valor elevado indica uma grande consistência interna (superior a 0,70), ou seja, significa que as medidas mudaram pouco de uma vez para a outra.

A técnica utilizada para apreciar a consistência interna do questionário foi o cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, que avalia as correlações entre os enunciados após a utilização do instrumento, permitindo determinar até que ponto cada enunciado mede o conceito da mesma forma que os outros (Fortin, 2009). No entanto, Ribeiro (2008) admite que para existir uma boa consistência interna do instrumento, é necessário que o valor do coeficiente alfa de Cronbach seja superior a 0,80.

Na tabela 15, estão explanados os valores de alfa de Cronbach para a frequência de implementação das 16 estratégias de SCE presentes no QAFESCE. Como pode constatar-se, todas as estratégias obtiveram um valor de alfa de Cronbach superior a 0,90, o que evidencia uma boa consistência interna do instrumento.

TABELA 15: Medidas de consistência interna do QAFESCE para a frequência de implementação de estratégias de SCE

Estratégias de SCE	M	r	$\alpha$
Sessões de supervisão individuais	49,89	0,720	0,915
Sessões de supervisão em grupo	49,57	0,633	0,917
<i>Feedback</i>	49,93	0,760	0,913
Análise-crítico reflexiva das práticas	50,07	0,720	0,915
Análise de casos com o supervisionado	49,87	0,755	0,914
Análise de casos em grupo	49,49	0,544	0,919
Auto supervisão	50,35	0,446	0,922
Análise de documentação dos cuidados de enfermagem	50,11	0,690	0,915
Demonstração	50,34	0,781	0,912
Relatório reflexivo	49,12	0,669	0,917
Supervisão à distância: telefone	48,90	0,393	0,924
Supervisão à distância: <i>e-mail</i>	49,00	0,492	0,921
Supervisão à distância: <i>skype</i> <sup>®</sup>	48,58	0,406	0,923
Apoio	50,14	0,713	0,915
Formação contínua	49,79	0,557	0,919
Observação	50,45	0,703	0,915
Alfa de Cronbach Total		0,922	

M - Média; r - correlação item-total;  $\alpha$  - alfa de Cronbach com exclusão do item

Por sua vez, na tabela 16 estão representados os valores de alfa de Cronbach para a frequência relativa ao desejo de implementação das 16 estratégias de SCE presentes no QAFESCE. Igualmente obtiveram-se valores acima de 0,90, evidenciando, uma vez mais, uma boa consistência interna do QAFESCE.

TABELA 16: Medidas de consistência interna do QAFESCE para a frequência relativa ao desejo de implementação de estratégias de SCE

Estratégias de SCE	M	r	$\alpha$
Sessões de supervisão individuais	39,95	0,622	0,907
Sessões de supervisão em grupo	39,75	0,711	0,905
<i>Feedback</i>	39,99	0,743	0,904
Análise-crítico reflexiva das práticas	40,13	0,662	0,906
Análise de casos com o supervisionado	39,90	0,671	0,906
Análise de casos em grupo	39,61	0,634	0,907
Auto supervisão	40,26	0,560	0,909
Análise de documentação dos cuidados de enfermagem	40,06	0,675	0,906
Demonstração	40,27	0,738	0,903
Relatório reflexivo	39,11	0,556	0,909
Supervisão à distância: telefone	38,93	0,402	0,915
Supervisão à distância: <i>e-mail</i>	39,25	0,485	0,912
Supervisão à distância: <i>skype</i> ®	38,66	0,312	0,918
Apoio	40,23	0,718	0,904
Formação contínua	39,67	0,570	0,909
Observação	40,24	0,722	0,904
Alfa de Cronbach Total		0,913	

M - Média; r - correlação item-total;  $\alpha$  - alfa de Cronbach com exclusão do item

Verifica-se então que para a frequência das estratégias realizadas obteve-se um valor de alfa de Cronbach total de 0,922 e para a frequência das estratégias desejadas o valor de 0,913. O facto de ambos os alfas de Cronbach encontrados serem superiores a 0,80 indica que existe uma boa consistência interna (Ribeiro, 2008), pelo que se conclui que o QAFESCE é fiel.



## CONCLUSÃO

A área da SCE tem vindo a desenvolver-se ao longo dos anos, centrando-se atualmente a discussão no potencial efeito que a sua implementação poderá ter no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, nas organizações de saúde, na tomada de decisão ética e na recuperação dos clientes. A evidência científica sugere que a implementação efetiva da SCE trará benefícios aos quatro níveis supramencionados.

Para a implementação da SCE vários recursos têm vindo a ser identificados como sendo necessários, destacando-se a disponibilidade de tempo para a supervisão e os níveis de compromisso com o processo, nomeadamente entre o supervisor clínico e o supervisionado, variando estes de acordo com a cultura da organização de saúde. Entende-se assim, que a implementação da SCE se traduz num conjugar de sinergias, articulando o esforço de cada enfermeiro, no seu local de trabalho, em reconhecer a importância da SCE, e a responsabilidade dos gestores das organizações de saúde, em promoverem a sustentação e desenvolvimento desta atividade na organização. As variações na estrutura e processo da SC ocorrem maioritariamente como resultado de políticas locais e decisões de gestores, originando que cada organização de saúde integre a SCE de maneira diferente.

Embora não exista evidência na literatura que sugira uma “regra de ouro” quanto ao local, tempo e frequência necessária à aplicação dos processos supervisivos, apresenta-se, de uma maneira sucinta, alguns aspetos a ter em atenção quando se realizam sessões de supervisão: o supervisionado deverá poder escolher o seu supervisor clínico, sendo a sessão de supervisão agendada entre os dois intervenientes; a sessão de supervisão deverá ser realizada num local pré-determinado, assegurando a privacidade e ausência de interrupções; o tempo despendido deverá ser contabilizado como tempo de trabalho; a sessão de supervisão decorrerá dentro dos parâmetros estabelecidos no contrato de supervisão acordado na primeira sessão; no decorrer da sessão de supervisão, o supervisionado deverá partilhar os problemas em que necessita de ajuda, devendo o supervisor clínico ser capaz de o ajudar, para que no final da sessão o

supervisionado não tenha dúvidas sobre as suas ações e se sinta confiante; o supervisor clínico deverá, ainda, ser capaz de questionar algumas das ações realizadas pelo supervisionado, de forma a aumentar a consciência sobre as mesmas; e, por último, no fim da sessão deverá ser agendada a próxima sessão.

Apesar das várias definições de SC existentes, todas elas anuem que esta se focaliza numa relação de empatia e suporte, que procura promover competências essenciais para uma prestação de cuidados eficiente, transmitir e desenvolver conhecimento, e, ainda, facilitar uma prática reflexiva sobre o exercício profissional. O processo de SC pretende que seja criado um ambiente em que os participantes tenham a oportunidade de avaliar, refletir e desenvolver a sua própria prestação de cuidados, promovendo um sistema de suporte às suas dúvidas e anseios. A definição do DoH (1993 Cit. por DoH, 2000) faz ainda referência à competência, responsabilidade, proteção do cliente e qualidade dos cuidados prestados. Pode então dizer-se que a SCE está direcionada para os processos de supervisão de pares, interligando-se com os processos de certificação, qualidade, segurança dos cuidados e formação em enfermagem.

A investigação realizada nesta área aponta para a importância da prática supervisiva, mas há estudos que concluem que se mantém uma contínua falta de clareza quanto ao propósito da SCE e que esta é tida como uma ferramenta de gestão ou como uma terapia.

Existem, ainda, outras críticas à implementação da SCE, como: o aumento do nível de stresse dos enfermeiros que podem perspetivar a SC como uma experiência provocadora de ansiedade, na medida em que devem admitir as suas dificuldades; a incerteza quanto à confidencialidade das sessões; as dúvidas quanto à forma como a informação pode ser utilizada; o processo supervisivo ser considerado um mero exercício teórico; e, ainda, as sessões de supervisão serem utilizadas para os supervisionados se queixarem em vez de refletirem construtivamente sobre a prática.

Os custos dos programas de SCE constituem, por si só, um dos obstáculos à sua implementação, uma vez implicam um aumento das despesas, relacionado com o acréscimo de recursos humanos no sentido do supervisor clínico ficar com mais tempo disponível para estar com o supervisionado. No entanto, é de salientar que os programas de SC são geralmente encarados como bons investimentos considerando os custos significativos associados ao abandono da profissão e outros benefícios, como maior motivação e produtividade dos enfermeiros.

Embora já exista evidência científica sobre a implementação e o desenvolvimento dos programas de SC, bem como sobre as necessidades de formação inerentes aos mesmos, é crucial continuar a realizar-se investigação sobre a área da SCE, pois só assim se poderão criar programas de SC bem-sucedidos e eficazes. Este estudo constitui-se como um contributo para o aprofundamento do conhecimento nesta área, ao identificar as estratégias de SCE que são mais frequentemente implementadas e as que não são frequentemente implementadas e as estratégias que os enfermeiros desejariam que fossem implementadas ou que nunca fossem implementadas nos diversos contextos de saúde.

De facto, é inquestionável a pertinência de um instrumento que identifique as estratégias de SCE que são implementadas e as que os enfermeiros gostariam que fossem mais frequentemente implementadas nos contextos de saúde. Na verdade, só avaliando a perceção dos enfermeiros relativamente à implementação da SCE no seu contexto de trabalho, nomeadamente das estratégias que estão a ser implementadas, é que se poderá ter noção se as mesmas estão a ser efetivamente implementadas, podendo-se, ainda, sugerir alterações para os aspetos que se encontrem menos adequados.

Refletindo sobre o percurso metodológico, pode afirmar-se que a temática abordada, para além de ser pertinente para a disciplina de Enfermagem, reveste-se de um grande interesse no foro pessoal da investigadora, o que proporcionou, sem dúvida, uma maior envolvimento na elaboração do trabalho. De facto, a nível pessoal, conduziu ao desenvolvimento de capacidades de investigação, tendo este processo contribuído, ainda, para incrementar a capacidade crítico-reflexiva e de resolução de problemas, uma vez que, quando deparada com uma limitação, a investigadora munuiu-se de estratégias para ultrapassar as situações, perspetivando-as não como obstáculos, mas sim como desafios e oportunidades de aprendizagem.

A dificuldade encontrada no preenchimento dos questionários, devido à desmotivação dos enfermeiros, e a ausência de investigação sobre as estratégias de SCE que os enfermeiros desejam que sejam mais frequentemente implementadas, constituem-se como as duas limitações mais evidentes na realização deste estudo. No entanto, apesar das dificuldades mencionadas, foram atingidos os objetivos a que esta investigação se propunha responder.

Considera-se que o QAFESCE é um questionário que poderá ser bastante vantajoso, em futuras investigações, para a obtenção de dados sobre as estratégias de SCE, nomeadamente enquanto instrumento que permite

diagnosticar as necessidades de SCE num determinado contexto, na medida em que, ao aplicá-lo, poder-se-á constatar quais as estratégias de SCE que são mais frequentemente implementadas e quais as que os enfermeiros gostariam que fossem mais frequentemente implementadas, podendo-se, a partir desses dados, planear um programa de SCE ajustado ao contexto. Além de ter a vantagem de suprir as necessidades que foram anteriormente elencadas e, por isso, estar mais centrado nas necessidades reais desse contexto, o programa de SCE terá ainda a seu favor o facto de os enfermeiros poderem estar motivados na sua implementação, pois foram eles que identificaram as estratégias de SCE que desejariam que fossem implementadas e contribuíram para a identificação dos aspetos que necessitam de ser melhorados.

Embora as 16 estratégias elencadas no QAFESCE tenham sido selecionadas após uma revisão de literatura e da evidência científica disponível, admite-se que, dependendo dos contextos e dos supervisionados, existam diferenças na implementação dessas estratégias, como pode verificar-se nos resultados obtidos. Isto acontece porque para se alcançar os objetivos da SC é necessário que o supervisor clínico disponibilize um conjunto de estratégias que melhor se adequem às características do supervisionado, nomeadamente aos seus conhecimentos e personalidade, devendo ainda ser criado, em conjunto com o supervisionado, um método que incentive e possibilite os processos de procura autónoma de conhecimentos.

Relativamente aos resultados encontrados nesta investigação, salienta-se o facto de os enfermeiros desejarem que as estratégias de SCE sejam mais frequentemente implementadas do que são na atualidade, pelo que se pode concluir que os enfermeiros desejam que a SCE seja mais enraizada na sua prática clínica. Assim sendo, torna-se crucial que aquando da implementação dos programas de SCE se tenha em conta este aspeto, uma vez que já foram enumerados os benefícios da sua aplicação.

Outra das conclusões que pode evidenciar-se, encontra-se relacionada com as estratégias desejadas pelos enfermeiros dos CSP, sendo que, contrariamente ao que é descrito na literatura, os mesmos não desejam que as estratégias de supervisão à distância por telefone, por *e-mail* e por *skype*® sejam mais frequentemente implementadas do que os enfermeiros em contexto hospitalar. Assim sendo, uma vez que alguns resultados obtidos não corroboram os da investigação produzida, talvez por os contextos de trabalhos dos participantes serem maioritariamente de zonas urbanas, do litoral, sugere-se que se realize

mais investigação neste âmbito em contextos com características diferentes, em regiões rurais e de interior, que estejam mais isolados fisicamente uns dos outros. Considera-se ainda que deverá haver por parte dos gestores das organizações de saúde, principalmente dos CSP, uma preocupação em demonstrar aos enfermeiros as diversas vantagens que existem na utilização destas estratégias, através de ações de formação e, posteriormente, da implementação das mesmas, sugerindo-se ainda que se faça a avaliação de todo esse processo.

A evidência científica revela a importância do supervisionado ter um conjunto de capacidades, tais como, autoconsciência, capacidade de descrever as experiências e de desenvolver novas perspetivas, análise crítica sobre as experiências e situações e capacidade para avaliar todo o processo, no sentido de desenvolver uma prática reflexiva eficiente, crucial ao seu desenvolvimento profissional. Quando se analisam os dados obtidos relativamente às estratégias de SCE mais frequentemente implementadas nos SS e às estratégias de SCE que os enfermeiros desejariam que fossem mais frequentemente implementadas nesse contexto, verifica-se que as estratégias de «auto supervisão» e «análise crítico-reflexiva das práticas» se situam entre as primeiras posições nos *rankings* - quarta e quinta posição, respetivamente. Pode-se então concluir que os enfermeiros não só têm consciência da importância destas duas estratégias no desenvolvimento de uma prática reflexiva, essencial para a criação de novos *insights* que poderão contribuir para transformar a prática, originando novas perspetivas sobre cuidar de si e dos outros, como desejam que essas estratégias sejam ainda mais implementadas.

As estratégias de SCE que são mais frequentemente implementadas nos SS, a «observação», a «demonstração» e o «apoio», são as que os enfermeiros desejariam que fossem mais frequentemente implementadas nesse contexto. Atendendo a que a maioria dos participantes neste estudo referiu ter sido supervisor de estudantes, considera-se que os resultados obtidos poderão ter sido influenciados por essa experiência. De facto, estas três estratégias de SCE revestem-se de uma importância fulcral ao nível da supervisão de estudantes, sendo por isso largamente aplicadas nesse âmbito. No entanto, é de ressaltar que também no contexto da supervisão de pares podem ser utilizadas, pelo que, com o intuito de as aplicar nos SS, integrando programas supervisivos, os gestores das organizações de saúde poderão transpor, com as devidas especificidades, os conhecimentos e experiências que os enfermeiros têm sobre a supervisão de estudantes para a SCE.

A SC pode ser desenvolvida no âmbito da supervisão de estudantes (*Mentorship*), na indução à profissão (*Preceptorship*) ou na supervisão de profissionais (SCE). Embora o QAFESCE tenha sido elaborado na lógica da SCE, considera-se que o questionário pode ser utilizado em cada um desses contextos, no sentido de preparar os programas supervisivos, dotando os supervisores clínicos das competências necessárias ao desempenho do seu papel. Por exemplo, no âmbito do *Mentorship*, ao permitir identificar as estratégias que os supervisores clínicos utilizam com os estudantes e, ao mesmo tempo, ao identificar as estratégias que os estudantes desejariam que fossem mais frequentemente implementadas, os dados que daí advêm podem servir de base à construção de *guidelines* que permitam apoiar a tomada de decisão, com o objetivo de incrementar os resultados, minimizar os riscos e aumentar a eficiência dos cuidados de enfermagem.

Como a SC tem vindo a revelar-se, cada vez mais, decisiva para o exercício de uma prática clínica de qualidade, a avaliação da sua eficácia tornou-se um dos maiores desafios. Uma vez que a SC é um processo complexo e multifactorial, deverá ser criado um sistema de avaliação eficiente que abarque todos os fatores que lhe estão subjacentes e que, combinados entre si, poderão ter influência nos resultados. Considera-se que, neste âmbito, o QAFESCE poderá também desempenhar um papel fundamental, uma vez que a sua utilização viabiliza a identificação das estratégias de SCE utilizadas e as que os enfermeiros gostariam que fossem mais frequentemente implementadas. Após negociação com os supervisionados sobre as estratégias que vão ser implementadas e a sua efetiva implementação, poder-se-á aplicar novamente o questionário para avaliar se realmente houve alteração na perceção dos enfermeiros quanto à pertinência dessas estratégias. Além disso, os dados que daí se obtiverem poderão ser importantes contributos para se repensarem os programas e políticas de SC vigentes.

Em síntese, poder-se-á dizer urge o desenvolvimento de trabalhos de investigação na área das estratégias de SCE, enquanto temática central para o planeamento de programas de SCE adequados a cada contexto de trabalho, no sentido de potencializar as características de cada um deles. Torna-se portanto premente que se continue a realizar investigação sobre os potenciais benefícios da SCE, enaltecendo-a como uma medida a ser implementada nas organizações de saúde para atingir os objetivos propostos no Plano Nacional de Saúde 2012-2016,

nomeadamente no que respeita à redução das despesas associados à saúde e à melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDON, J. [et al.]- Auditoria dos registros na consulta de enfermagem acompanhando o crescimento e desenvolvimento infantil. Revista Rene. Vol. 10, nº 3 (2009) p. 90-96.
- ABREU, W. - Supervisão clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. Revista Sinais Vitais. Vol. 45 (2002) p. 53-57.
- ABREU, W. - **Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?** Coimbra: Formasau - formação e saúde, Lda, 2003.
- ABREU, W. - **Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas**. Coimbra: Formasau - formação e saúde, Lda, 2007.
- ALARCÃO, I. - **Escola reflexiva e nova racionalidade**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.
- ALARCÃO, I.; RUA, M. - Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. Texto Contexto em Enfermagem. Vol. 14 (2005) p. 373-382.
- ALEXANDRE, N.; COLUCI, M. - Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida. Ciências & Saúde Coletiva. Vol. 16, nº 7 (2011) p. 3061-3068.
- ARVIDSSON, B.; LÖFGREN, H.; FRIDLUND, B. - Psychiatric nurses and how a group supervision programme in nursing care influences their professional competence: a 4-year follow-up study. Journal of Nursing Management. Vol. 9 (2001) p. 161-171.
- ATKINS, S.; MURPHY, K. - Reflection: a review of the literature. Journal of Advanced Nursing. Vol. 18 (1993) p. 1188-1892.
- BEAUD, J. - **Investigação social: da problemática à colheita de dados**. Loures: Lusociência, 2003.
- BEDWARD, J.; DANIELS, H. - Clinical supervision and teacher support teams: reducing professional isolation through effective peer support. Learning in Health and Social Care. Vol. 4, nº 2 (2005) p. 53-66.

BEGAT, I. [et al.] - Implementation of clinical supervision in a medical department: nurses' views of the effects. Journal of Clinical Nursing. Vol. 6, nº 5 (1997) p. 389-394.

BERGGREN, I.; BARBOSA, A.; SEVERINSSON, E. - Core ethical issues in clinical nursing supervision. Nursing and Health Sciences. Vol. 7 (2005) p. 21-28.

BOUND, D.; WALKER, D. - Promoting reflection in professional courses: the challenge of context. Studies in Higher Education. Vol. 23 (1998) p. 191-196.

BOURBONNAIS, F.; KERR, E. - Preceptoring a student in the final clinical placement: reflections from nurses in a Canadian hospital. Journal of Clinical Nursing. Vol. 16, nº 8 (2007) p. 1543-1549.

BOWDEN, S. - Enhancing your professional nursing practice through critical reflection. Abu Dhabi Nurse. Vol. 28 (2003), p. 28-31.

BOWLES, N.; YOUNG, C. - An evaluative study of clinical supervision based on Proctor's three functions in interactive model. Journal of Advanced Nursing. Vol. 30, nº 4 (1999) p. 958 - 964.

BRADSHAW, T.; BUTTERWORTH, A.; MAIRS, H. - Does workplace based clinical supervisions during psychosocial intervention education enhance outcome for mental health nurses and the service users they work with? Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Vol. 14 (2007) p. 4-12.

BRUNERO, S.; STEIN-PARBURY, J. - The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. Australian Journal of Advanced Nursing. Vol. 25, nº 3 (2008) p. 86 - 94.

BURNARD, P. - Improving through reflection. Journal of District Nursing. Vol. 9 (1991) p. 10-12.

BURNS, N.; GROVE, S. - **The practice of nursing research: conduct, critique and utilization**. 5.<sup>a</sup> ed. Philadelphie: W. B. Saunders, 2004.

BULMAN, C.; SCHUTZ, S. - **Reflective practice in nursing**. Oxford: Blackwell Science, 2004.

BUTTERWORTH, T. - Primary attempts at research: based evaluation of clinical supervision. Nursing Times Research. Vol. 1, nº 2 (1996) p. 96-101.

BUTTERWORTH, T. & BISHOP, V. - Identifying the characteristics of optimum practice: Findings from a survey of practice experts in Nursing, Midwifery and Health Visiting. Journal of Advanced Nursing. Vol. 22 (1995) p. 24-32.

BUTTERWORTH, T. [et al.] - Wicked spell or magic bullet? A review of the clinical supervision literature 2001-2007. Nurse Education Today. Vol. 28 (2008) p. 264-272.

CALDER, D. - Best practice guidance: clinical supervision for nurses, midwives and health visitors who safeguard children. [Em linha]. (2005) [Consult. 28 Nov. 2011]. Disponível na internet: <URL: [http://www2.nphs.wales.nhs.uk:8080/corporatedocumentmain.nsf/\(\\$all\)/a5c10adee30d550480256fea00468237/\\$file/clinical%20supervision%20for%20nurses.doc](http://www2.nphs.wales.nhs.uk:8080/corporatedocumentmain.nsf/($all)/a5c10adee30d550480256fea00468237/$file/clinical%20supervision%20for%20nurses.doc)>.

CARNEIRO, A. - **Manual de normas de orientação clínica**. Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde, 2001.

CARVALHAL, R. - **Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos. Perspectivas dos actores**. Loures: Lusociência - Edições técnicas e científicas, Lda, 2003.

CARVALHO, A. - **Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem**. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

CARVALHO, M. [et al.] - Andragogia: considerações sobre a aprendizagem do adulto. REMPEC- Ensino Saúde e Ambiente. Vol. 3, n.º 1 (2010) p. 78-90.

CARVALHO, F.; VENTURA, T.; BARROSO, R. - Perfil de competências do orientador de formação. Revista Portuguesa Clínica Geral. Vol. 20 (2004) p. 147-152.

CHAMLEY, M. - Reflective practice in nursing. Journal of Renal Care. Vol. 34 (2008), p. 220-232.

CHARLESTON, R.; HAPPELL, B. - Psychiatric nurses and undergraduate nursing student's perceptions of preceptorship in the mental health setting. The International Journal of Psychiatric Nursing Research. Vol. 10, n.º 3 (2005) p. 1166-1171.

CHEATER, F.; HALE, C. - An evaluation of a local clinical supervision scheme for practices nurses. Journal of Clinical Nursing. Vol. 10 (2001) p. 119-131.

CHO, J.; LASCHINGER, H.; WONG, C. - Workplace empowerment, work engagement and organizational commitment of new graduate nurses. Canadian Journal of Nursing Leadership. Vol. 19, n.º 3 (2006) p. 43 - 60.

CHONG, M. - Is reflective practice a useful task for student nurses? Asian Nursing Research. Vol. 3 (2009) p. 111-120.

CLOUDER, L.; SELLARS, J. - Reflective practice and clinical supervision: an interprofessional perspective. Journal of Advanced Nursing. Vol. 46, nº 3 (2004) p. 262-269.

COELHO, M. [et al.]- Supervisão como tecnologia para a melhoria da atenção básica à saúde. Revista Rene. Vol. 13, nº 3 (2012) p. 704-711.

COOMBES, R. - Supervision brings little gain. Nursing Times. Vol 93, nº 23 (1997) p. 1-7.

CORREIA, V.; SERVO, M. - Supervisão da enfermeira em unidades básicas de saúde. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 59, nº 4 (2006) p. 527-531.

COSSA, R.; ALMEIDA, M. - Facilidades no ensino do processo de enfermagem na perspectiva de docentes e enfermeiros. Revista Rene. Vol. 13, nº 3 (2012) p. 494-503.

COTTRELL, S. - A comparison of the roles of leader, manager and clinical supervisor. [Em linha]. (2000) [Consult. 28 Nov. 2011]. Disponível na internet: <URL:<http://www.clinicalsupervision.com/role%20comparison.htm>>.

COTTRELL, S. - Suspicion, resistance, tokenism and mutiny: problematic dynamics relevant to the implementation of clinical supervision in nursing. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Vol. 9 (2002) p. 667-671.

COTTRELL, S.; SMITH, G. - The development of models of nursing supervision in the UK. [Em linha]. (2002) [Consult. 28 Nov. 2011]. Disponível na internet: <URL:<http://www.clinicalsupervision.com/development%of%20clinical%20supervision.htm>>.

CRUZ, D. [et al.] - Atitudes frente ao diagnóstico de enfermagem durante a implementação de classificação de diagnósticos. Ciência Cuidados de Saúde. Vol. 5, nº 3 (2006) p. 281-288.

CRUZ, S.; CARVALHO, L; SOUSA, P. - Clinical supervision in nursing: the (un)known phenomenon. Procedia - Social and Behavioral Sciences. Vol. 69 (2012) p. 864-873.

CUTCLIFFE, J.; BUTTERWORTH, T.; PROCTOR, B. - Fundamental themes in clinical supervision. [Em linha]. (2001) [Consult. 10 Jan. 2012]. Disponível na internet:<URL:<http://books.google.pt/books?id=rjdMnxQtHaEC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>>.

CUTCLIFFE, J. [et al.] - Ethical dilemmas in clinical supervision 2: need for guidelines. British Journal of Nursing. Vol. 7, nº 16 (1998) p. 978 - 982.

CUTCLIFFE, J.; LOWE, L. - A comparison of North American and European conceptualizations of clinical supervision. Issues in Mental Health Nursing. Vol. 26, nº 5 (2005) p. 475-488.

DECICCO, J. - Developing a preceptorship/mentorship model for home health care nurses. Journal of Community Health Nursing. Vol. 25, nº 1 (2005) p. 15-25.

DEPARTMENT OF HEALTH - Making a difference: clinical supervision in primary care. [Em linha]. (2000) [Consult. 10 Jan. 2012]. Disponível na internet:<URL:[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4061520.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4061520.pdf)>.

DERREY, R. - An action-research study exploring midwives' support needs and the affect of group clinical supervision. Midwifery. Vol. 21, nº 2 (2005) p. 161-176.

DEVON, H. [et al.] - A psychometric toolbox for testing validity and reliability. Journal of Nursing Scholarship. Vol. 39, nº 2 (2007) p. 155-164.

DIAS, M. - **Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado**. Loures: Lusociência, 2005.

DIAS, S. - **Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2006.

DIBERT, C.; GOLDENBERG, D. - Preceptors' perceptions of benefits, rewards, supports and commitment to the preceptor role. Journal of Advanced Nursing. Vol. 21, nº 6 (1995) p. 1144-1151.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Programa nacional de Saúde 2012-2016. [Em linha]. (2012) [Consult. 8 Fev. 2012]. Disponível na internet:<URL:[http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024\\_-\\_Qualidade\\_em\\_Saúde\\_2013-01-17\\_.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Saúde_2013-01-17_.pdf)>.

EDWARDS, D. [et al.]- Factors influencing the effectiveness of clinical supervision. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Vol. 12 (2005) p. 405-441.

ÉVORA, Y.; DALRI, M. - O uso do computador como ferramenta para implementação do processo de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 55, nº 6 (2002) p. 709-713.

FAGERMOEN, M. - Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. Journal of Advanced Nursing. Vol. 25, nº 3 (2008) p. 434-441.

FERREIRA, P; MARQUES, F. - Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais. [Em linha]. (1998) [Consult. 6 Out. 2011]. Disponível na internet:<URL: <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/9968/1/RD199801.pdf>>.

FITZNER, K. - Reliability and validity. Diabetes Education. Vol. 33, nº 5 (2007) p. 775-780.

FONSECA, M. - **Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem: perspectiva do docente**. Coimbra: Formasau - formação e saúde, Lda, 2006.

FORTIN, M. - **O processo de investigação: da concepção à realização**. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003.

FORTIN, M. - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009.

FOWLER, J. - Clinical supervision: what do you do after saying hello? British Journal of Nursing. Vol. 5, nº 6 (1996) p. 382-385.

FRANCKE, A.; GRAAFF, F. - The effects of group supervision of nurses: a systematic literature review. International Journal of Nursing Studies. Vol. 49, nº 9 (2012) p. 1165-1179.

FRESHWATER, D.; WALSH, L.; STOREY, L. - Prison health care - part 2: developing leadership through clinical supervision. Nursing Management. Vol. 8, nº 9 (2002) p. 16-19.

FRESHWATER, D.; BEVERLEY, J.; SHERWOOD, G. - **International textbook of reflective practice in nursing**. Oxford: Blackwell Science, 2008.

GARRIDO, A. - A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Dissertação de Mestrado.

GARRIDO, A.; SIMÕES, J. - Supervisão de alunos em ensino clínico: uma reflexão. [Em linha]. (2007) [Consult. 17 Abr. 2012]. Disponível na internet:<URL:[http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2769:supervisao-de-alunos-em-ensino-clinico-umareflexao&catid=147](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2769:supervisao-de-alunos-em-ensino-clinico-umareflexao&catid=147)>.

GARRIDO, A.; SIMÕES, J.; PIRES, R. - **Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas**. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.

- GILBERT, T. - Reflective practice and clinical supervision: meticulous rituals of the confessional. Journal of Advanced Nursing. Vol. 36, nº 2 (2001) p. 199-205.
- GLEN, S. - Developing critical thinking in higher education. Nurse Education Today. Vol. 15 (1995), p. 170-176.
- GOMES, C. [et al.]- Reflexão sobre o processo de ensinar/aprender no laboratório de enfermagem. Revista Rene. Vol. 6, nº 1 (2005) p. 112-118.
- GOODE, C.; WILLIAMS, C. - Post-baccalaureate nurse residency program. Journal of Nursing Administration. Vol. 34 (2004) p. 71-77.
- GREEN, C. - Reflections on reflection: student's evaluation of their moving and handling education. Nurse Education in Practice. Vol. 2 (2002) p. 4-12.
- GUSTAFSSON, C.; FAGERBERG, I. - Reflection, the way to professional development? Journal of Clinical Nursing. Vol. 13 (2004) p. 271-280.
- GUSTAFSSON, C.; ASP, M.; FAGERBERG I. - Reflective practice in nursing care: embedded assumptions in qualitative studies. International Journal of Nursing Practice. Vol. 13 (2007) p. 151-160.
- HALFER, D. - A magnetic strategy for new graduate nurses. Nursing Economics. Vol. 25 (2007) p. 6-11.
- HANSEBO, G.; KIHLOGREN, M. - Nursing home care: changes after supervision. Journal of Advanced Nursing. Vol. 45, nº 3 (2004) p. 269-279.
- HONG, L.; CHEW, L. - Reflective practice from the perspectives of the bachelor of nursing students in international medical university. Singapore Nursing Journal. Vol. 35 (2008) p. 5-15.
- HOWE, C. - Reflective practice in nursing. Journal of Advanced Nursing. Vol. 54 (2006), p. 400-412.
- HUGHES, E. - Nurse's perceptions of continuing professional development. Nursing Standard. Vol. 19, nº 43 (2005) p. 41-49.
- HYRKÄS, K. - Clinical supervision and quality care: examining the effects of team supervision in multi-professionals teams. Tampere: University of Tampere, 2002. Academic Dissertation.
- HYRKÄS, K. - Clinical supervision, burnout and job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. Issues in Mental Health Nursing. Vol. 26 (2005) p. 531-556.

HYRKÄS, K.; APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, K.; KIVIMÄKI, K. - First-line managers views of the long-term effects of clinical supervision: how does clinical supervision support and develop leadership in health care? Journal of Nursing Management. Vol. 13 (2005) p. 209-220.

HYRKÄS, K.; APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, K.; PAUNOMEN-ILMONEN, M. - Expert supervisors' view of clinical supervision: a study of factors promoting and inhibiting the achievements of multi-professional team supervision. Journal of Advanced Nursing. Vol. 38, nº 4 (2002) p. 387-397.

HYRKÄS, K. [et al.] - Clinical supervision in nursing in the 1990s: current state of concepts, theory and research. Journal of Nursing Management. Vol 7, nº3 (1999) p. 177-187.

HYRKÄS, K. [et al.] - Nurse managers conceptions of quality management as promoted by peer supervision. Journal of Nursing Management. Vol. 11 (2003) p. 48-58.

HYRKÄS, K.; LEHTI, K.; PAUNOMEN-ILMONEN, M. - Cost-benefit analysis of team supervision: the development of an innovative model and its applications as a case study in one Finnish university hospital. Journal of Nursing Management. Vol. 9 (2001) p. 259-268.

HYRKÄS, K.; PAUNOMEN-ILMONEN, M. - The effects of clinical supervision on the quality of care: examining the results of team supervision. Journal of Advanced Nursing. Vol. 33, nº 4 (2001) p. 492-502.

HYRKÄS, K.; SHOEMAKER, M. - Changes in the preceptor role: re-visiting preceptors' perceptions of benefits, rewards, support and commitment to the role. Journal of Advanced Nursing. Vol. 60, nº 5 (2007) p. 513-524.

INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE - Programa nacional de acreditação de hospitais. IQS. Vol. 6 (2002) p. 14-16.

ISSITT, M. - Reflecting on reflective practice for professional education and development in health promotion. Health Education Journal. Vol. 62 (2003) p. 173-188.

JAMES, C.; CLARK, B. - Reflective practice in nursing: issues and implications for nurse educators. Nurse Education Today. Vol. 14 (1994) p. 82-90.



JOHNS, C. - Depending on intent and emphasis of the supervisor, clinical supervision can be a different experience. Journal of Nursing Management. Vol. 9 (2001) p. 139-145.

JOHNS, C. - Reflection as empowerment? Nursing Inquiry. Vol 6, nº 4 (2002) p. 241-249.

JOHNS, C. - Clinical supervision as a model for clinical leadership. Journal of Nursing Management. Vol. 11 (2003) p. 25-34.

JONES, A. - Some experiences of professional practice and beneficial changes derived from clinical supervision by community Macmillan nurses. European Journal of Cancer Care. Vol. 10 (2001) p. 21-30.

JONES, A. - Some benefits experienced by hospice nurses from group clinical supervision. European Journal of Cancer Care. Vol. 12 (2003) p. 224-232.

JONES, A. - Clinical supervision: what do we know and what do we need to know? A review and commentary. Journal of Nursing Management. Vol. 14 (2006) p. 577-585.

KING'S FUND - Last straw: explaining the NHS nursing shortage. [Em linha]. (2000) [Consult. 17 Abr. 2012]. Disponível na internet:<URL:[http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/last-straw-explaining-nhs-nursing-shortage-sandra-meadows-ros-levenson-1-august-2000.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/last-straw-explaining-nhs-nursing-shortage-sandra-meadows-ros-levenson-1-august-2000.pdf)>.

KOIVU, A.; HYRKÄS, K.; SAARINEN, P. - Who attends clinical supervision? The uptake of clinical supervision by hospital nurses. Journal of Nursing Management. Vol. 19, nº 5 (2011) p. 69-79.

KOIVU, A.; SAARINEN, P.; HYRKÄS, K. - Stress relief of practice development: varied reasons for attending clinical supervision. Journal of Nursing Management. Vol. 19, nº 1 (2011) p. 644-654.

LANDMARK, B. [et al.] - Clinical supervision: factors defined by nurses as being influential upon the development of competence and skills in supervision. Journal of Clinical Nursing. Vol. 12 (2003) p. 834-841.

LEVETT-JONES, T.; FITZGERALD, M. - A review of graduate nurse transition programs in Australia. Australian Journal of Advanced Nursing. Vol. 23 (2005) p. 40-45.

- LIBERALI, J.; DALL'AGNOS, C. - Supervisão de enfermagem: um instrumento de gestão. Revista Gaúcha de Enfermagem. Vol. 29, nº 2 (2008) p. 279-282.
- LINDREN, B. [et al.] - Nursing students' perception of group supervision during clinical training. Journal of Clinical Nursing. Vol. 14 (2005) p. 822-829.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. - **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, S.A., 2001.
- LYTH, G. - Clinical supervision: a concept analysis. Journal of advanced Nursing. Vol. 31 (2000) p. 722-729.
- MACEDO, A. - **Supervisão em enfermagem - construir as interfaces entre a escola e o hospital**. Santo Tirso: De Facto Editores, 2012.
- MACLEAN, J. - Reflecting on your teaching. [Em linha]. (2007) [Consult. 17 Abr. 2012]. Disponível na internet: <URL: <http://www.viu.ca/iel/teachlearn/guide/files/UofManHandbook5.9-5.12.pdf>>.
- MAGNUSSON, A.; LÜTZÉN, K.; SEVERINSSON, E. - The influence of clinical supervision on ethical issues in home care of people with mental illness in Sweden. Journal of Nursing Management. Vol. 10 (2002) p. 37-45.
- MANIAS, E.; AITKEN, R. - Clinical teachers in specialty practice settings: perceptions of their role within postgraduate nursing programs. Learning in Health and Social Care. Vol. 4, nº 2 (2005) p. 67-77.
- MARK, B. - A longitudinal examination of hospital registered nurse staffing and quality of care. Hospital Services Research. Vol. 39, nº 2 (2004) p. 279-300.
- MAROCO, J. - **Análise estatística com utilização do SPSS**. 3.ª ed. Lisboa: Sílabo, 2007.
- MARROW, C. [et al.] - Clinical supervision using video-conferencing technology: a reflective account. Journal of Nursing Management. Vol. 10 (2002) p. 275-282.
- MARTINS, J. - Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. Revista Pensar em Enfermagem. Vol. 12, nº 2 (2008) p. 62-66.
- MATUMOTO, S. [et al.] - Supervisão de equipes no programa de saúde da família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Vol. 9, nº 16 (2005) p. 9-24.
- MCCOLGAN, K.; RICE, C. - An online training resource for clinical supervision. Nursing Standard. Vol. 26, nº 24 (2012) p. 35-39.

MEZIROW, J. - On critical reflection. Adult Education Quarterly. Vol. 48 (1998) p. 185-189.

MILNE, L.; JAMES, A. - The observed impact of training on competence in clinical supervision. British Journal of Psychological. Vol. 41 (2001) p.55-72.

MOREIRA, J. - **Questionários: teoria e prática**. Coimbra: Livraria Almedina, 2004.

MOSELEY, L.; DAVIES, M. - What do mentors find difficult? Journal of Clinical Nursing. Vol. 17, nº 14 (2008) p. 1834-1842.

MOURA, E.; MESQUITA, L. - Estratégias de ensino-aprendizagem na percepção de graduados de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 63, nº 5 (2010) p. 793-878.

MYALL, M. [et al.] - Mentorship in contemporary practice: the experiences of nursing. Journal of Clinical Nursing. Vol 17, nº 14 (2008) p. 1834-1842.

NETTLETON, P.; BRAY, L. - Current mentorship schemes might be doing our students a disservice. Nurse Education in Practice. Vol 8, nº 3 (2008) p. 205-212.

NORWOOD, S. - **Research strategies for advanced practice nurses**. New Jersey: Prentice Hall, 2000.

ÖHRLING, K.; HALLBERG, I. - The meaning of preceptorship: nurses' lived experience of being a preceptor. Journal of Advanced Nursing. Vol. 33, nº 4 (2001) p. 530-540.

OLOFSSON, B. - Opening up: psychiatric nurses' experiences of participating in reflection groups focusing on the use of coercion. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Vol. 12 (2005) p. 259-267.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Reflexões: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. [Em linha]. (2004) [Consult. 10 Jan. 2012]. Disponível na internet:<URL:[http://www.ordemenfermeiros.pt/?pg=eventos\\_compida=10&ev=Reflexoes](http://www.ordemenfermeiros.pt/?pg=eventos_compida=10&ev=Reflexoes)>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Modelo de desenvolvimento profissional: processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências. [Em linha]. (2010) [Consult. 10 Jan. 2012]. Disponível na internet:<URL:<http://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Documentos/cadernostematicos1.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Dados estatísticos 2000-2011. [Em linha]. (2012) [Consult. 19 Set. 2012]. Disponível na

internet:<URL:[http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/OEDados%20Estatisticos\\_2000\\_2011.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/OEDados%20Estatisticos_2000_2011.pdf) >.

PARSELL, G.; BLIGH, J. - Recent perspectives on clinical teaching. Medical Education. Vol. 35 (2001) p. 409-414.

PATON, B.; BINDING, L. - Keeping the center of nursing alive: a framework for preceptor discernment and accountability. The Journal of Continuing Education in Nursing. Vol 40, nº 3 (2009) p. 115-120.

PEDROSO, M. - Integração na vida activa dos profissionais de enfermagem. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 1996. Dissertação de Mestrado.

PEREIRA, A. - **Guia prático de utilização: análise de dados para ciências sociais e psicologia**. 7ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.

PESTANA, M.; GAGEIRO, J. - **Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS**. Lisboa: Sílabo, 2008.

PING, X. - Roles and models of clinical supervision. Singapore Nursing Journal, Vol. 35, nº 2 (2008) p. 26-32.

PINTO, A. - **Sete lições sobre educação de adultos**. 5.ª ed. S.Paulo: Cortez Editora, 2007.

PIRES, R. - Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: contributo para a definição de uma política organizacional. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Dissertação de Mestrado.

PISCO, L. - **Boletim IQS: Apresentação**. Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde, 2000.

POCINHO, M. - **Metodologias de investigação e comunicação do conhecimento científico**. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, lda, 2012.

POESCHL, G. - **Análise de dados na investigação em psicologia**. Coimbra: Edições Almedina, SA, 2006.

POLIT, D.; BECK, C. - **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ªed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. - **Manual de investigação em ciências sociais**. 4ª ed. Lisboa: Editora Gradiva, 2005.

- REZENDE, P.; GAIZINSKI, R. - Tempo despendido na assistência de enfermagem após implementação de sistema padronizado de linguagem. Revista da Escola de Enfermagem - USP. Vol. 42, nº 1 (2008) p. 152-9.
- RIBEIRO, J. - **Investigação e avaliação em psicologia e saúde**. Lisboa: Climepsi Editores, 1999.
- RIBEIRO, J. - **Avaliação em psicologia da saúde: instrumentos publicados em português**. Coimbra: Quarteto, 2007.
- RIBEIRO, J. - **Metodologia de investigação em psicologia e saúde**. 2ª ed. Porto: Legis Editora/Livpsic, 2008.
- RODGERS, C. - Defining reflection: another look at John Dewey and reflective thinking. Teachers College Record. Vol. 104, nº 4 (2002) p. 842-866.
- ROGAN, E. - Preparation of nurses who precept baccalaureate nursing students: a descriptive study. The Journal of Continuing Education in Nursing. Vol. 40, nº 12 (2009) p. 565-570.
- RUA, M. - **De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico**. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2011.
- SALE, D. - **Garantia da qualidade nos cuidados de saúde: para os profissionais da equipa de saúde**. Lisboa: Editora Principia, 2000.
- SANTOS, M. [et al.] - To evaluate for the improvement of the clinical supervision in nursing. Current Developments in Technology-Assisted Education. Vol. 3 (2006) p. 1913-1917.
- SCARPARO, A. [et al.] - Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas de enfermagem. Revista Rene. Vol. 13, nº 1 (2012) p. 242-251.
- SCHÖN, D. - Educating the reflective practitioner. [Em linha]. (1987) [Consult. 12 Mar.2012].Disponívelnainternet:<URL:<http://www.thecommonwealthpractice.com/reflectivepractitionerreview.pdf>>.
- SELLARS, J. - Learning from contemporary practice: an exploration of clinical supervision in physiotherapy. Learning in Health and Social Care. Vol. 3, nº 2 (2004) p. 64 - 82.
- SEVERINSSON, E. - Confirmation, meaning and self-awareness as core concepts of the nursing supervision model. Nursing Ethics. Vol. 8, nº 1 (2001) p. 36-44.

SEVERINSSON, E. & HALLBERG, I. - Clinical supervisors' views of the leadership role in the clinical supervision process within nursing care. Journal of Advanced Nursing. Vol. 24 (1996) p. 151-156.

SEVERINSSON, E.; SAND, Å. - Evaluation of the clinical supervision and professional development of student nurses. Journal of Nursing Management. Vol. 18 (2010) p. 669-677.

SILVA, A. - Sistema de informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2001. Tese de Doutorado.

SILVA, R.; PIRES, R.; VILELA, C. - Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico: revisão sistemática da literatura. Revista de Enfermagem Referência. Vol. 3 (2011) p. 113-122.

SIMÕES, J. - Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Dissertação de Mestrado.

SIMÕES, J.; ALARCÃO, I.; COSTA, N. - Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes. Revista Referência. Vol. 2, nº 6 (2008) p. 91-108.

SLOAN, G.; WHITE, C.; COIT, F. - Cognitive therapy supervision as a framework for clinical supervision in nursing: using structure to guide discovery. Journal of Advanced Nursing. Vol. 32, nº 3 (2000) p. 515 - 524.

SLOAN, G.; WATSON, H. - Clinical supervision models for nursing: structure, research and limitations. Nursing Standard. Vol. 17, nº 4 (2002) p. 41-46.

SMITH, A. - Reflective practice: a meaningful task for students. Nursing Standard. Vol. 26 (2005) p. 33-37.

SOUSA, P. - O sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2005. Tese de Doutorado.

SOUSA, V.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. - Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem. Parte I: desenhos de pesquisa quantitativa. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol. 15, nº 3 (2007) p. 502-507.

SOUSA, P.; FRADE, M.; MENDONÇA, D. - Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo delphi. Acta Paulista de Enfermagem. Vol. 18 (2005) p. 368-381.

SPENCE, C. [et al.] - A collaborative approach to the implementation of clinical supervision. Journal of Nursing Management. Vol. 10 (2002) p. 65-74.

TEASDALE, K.; BROCKLEHURST, N.; THOM, N. - Clinical supervision and support for nurses: an evaluating study. Journal of Advanced Nursing. Vol. 33, nº 2 (2001) p. 216-224.

THOMPSON, S.; WINTER, R. - A telephone led clinical supervision pilot for nurses in different settings. Professional Nurse. Vol. 18, nº 8 (2004) p. 467-470.

TILLEY, S.; CHAMBERS, M. - The effectiveness of clinical supervision on burnout amongst community health workers in Wales. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Vol. 10 (2003) p. 231-238.

TOURANGEAU, A. [et al.] - Nurse-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. Canadian Journal of Nursing Research. Vol. 33, nº 4 (2002) p. 71-88.

TURNER, K. [et al.] - Group clinical supervision: supporting neurology clinical nurse specialists in practice. Journal of Community Nursing. Vol. 19, nº 9 (2005) p. 4-8.

WALSH, K. [et al.] - Development of a group model of clinical supervision to meet the needs of a community mental health nursing team. International Journal of Nursing Practice. Vol. 9 (2003) p. 33-39.

WEST, E.; MABEN, J.; RAFFERTY, A. - Nursing and patient outcomes: how can employers provide the right environment for nurses to deliver high quality care? [Em linha]. (2006) [Consult. 12 Mar. 2012]. Disponível na internet:<URL:http://www.hhpr.org/>.

WHITE, E. [et al.] - Clinical supervision: insider reports of a private world. Journal of Advanced Nursing. Vol. 28, nº 1 (1998) p. 185-192.

WHITE, E.; WINSTANLEY, J. - Cost and resource implications of clinical supervision in nursing: an Australian perspective. Journal of Nursing Management. Vol. 14 (2006) p. 628-636.

WILSON, L.; FAWCETT, T.; WHYTE, D. - An evaluation of a clinical supervision programme. British Journal of Community Nursing. Vol. 6, nº 12 (2001) p. 614-623.

WINSTANLEY, J.; WHITE, E. - Clinical supervision: models, measures and best practice. Nurse Researcher. Vol. 10, nº 4 (2003) p. 7-38.

WOOD, J. - Clinical supervision. British Journal of Perioperative Nursing. Vol. 14, nº 4 (2004) p.151-156.

YEGDICH, T.; CUSHING, A. - An historical perspective on clinical supervision in nursing. Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing. Vol. 7 (1998) p. 3-24.

ŽORGA, S. - Supervision: the process of lifelong learning in social and educational professions. Journal of Interprofessional Care. Vol. 16, nº 3 (2002) p. 265-276.



## ANEXOS



**ANEXO I: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA DE  
ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM**



## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA DE ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

O objetivo deste questionário é colher dados que permitam analisar a percepção dos enfermeiros relativamente à frequência com que são implementadas as estratégias de SCE nas suas práticas e à frequência com que desejariam que estas fossem implementadas.

Antes de responder ao questionário leia cuidadosamente as seguintes indicações:

- Não há respostas certas ou erradas para nenhuma das questões levantadas
- Preencha todo o questionário e seja o mais sincero(a) possível
- O questionário é anónimo e confidencial, pelo que não deverá assinalar qualquer elemento de identificação pessoal

A sua participação é fundamental para a realização deste estudo, pelo que desde já se agradece a sua colaboração.

### Parte I – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1. Sexo ☐ Feminino ☐ Masculino

2. Idade \_\_\_\_\_

3. Tempo de exercício profissional \_\_\_\_\_ (anos completos)

4. Categoria profissional

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro              | <input type="checkbox"/> Enfermeiro Graduado |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro Especialista | <input type="checkbox"/> Enfermeiro Chefe    |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro Supervisor   | <input type="checkbox"/> Enfermeiro Diretor  |

5. Situação jurídica de emprego

- ☐ Contrato de Trabalho em Funções Públicas (Antiga Nomeação Definitiva/Quadro)
- ☐ Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado
- ☐ Contrato Individual de Trabalho a Termo Resolutivo Certo
- ☐ Outro Qual? \_\_\_\_\_

6. Instituição onde exerce funções \_\_\_\_\_

7. Serviço onde exerce funções \_\_\_\_\_

8. Habilitações académicas e profissionais (pode assinalar mais do que uma opção)

- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Especialidade Qual? \_\_\_\_\_
- ☐ Mestrado Qual? \_\_\_\_\_
- ☐ Doutoramento Qual? \_\_\_\_\_

9. Sente-se realizado como enfermeiro?

- ☐ Sim ☐ Não

10. Enquanto enfermeiro, já teve experiência como supervisionado?

- ☐ Sim ☐ Não

(Se respondeu não, passe à questão 12)

**11.** De uma forma geral, considera a sua experiência enquanto supervisionado

☐ Positiva      ☐ Negativa      ☐ Indiferente

**12.** Tem formação em Supervisão Clínica em Enfermagem?

☐ Sim

Qual? \_\_\_\_\_

☐ Não

**13.** Já teve experiência enquanto supervisor clínico?

☐ Sim      ☐ Não

**14.** A sua experiência enquanto supervisor clínico foi na (pode assinalar mais do que uma opção)

☐ Supervisão de estudantes

☐ Supervisão de pares

**15.** Iniciou funções de supervisor clínico porque (pode assinalar mais do que uma opção)

☐ Voluntariou-se

☐ O seu superior hierárquico nomeou-o

☐ Os seus colegas sugeriram-no

☐ Tem formação na área de Supervisão Clínica em Enfermagem

☐ Outra Qual? \_\_\_\_\_

**16.** Atualmente é supervisor clínico?

☐ Sim      ☐ Não

**17.** De uma forma geral, considera a sua experiência enquanto supervisor clínico

☐ Positiva      ☐ Negativa      ☐ Indiferente

**18.** Gostaria de vir a desempenhar funções de supervisor clínico?

☐ Sim      ☐ Não

**19.** Considera importante ter formação em Supervisão Clínica em Enfermagem para exercer funções de supervisor clínico?

☐ Sim      ☐ Não      ☐ Indiferente

**20.** Considera a Supervisão Clínica em Enfermagem importante para o desenvolvimento profissional?

☐ Sim      ☐ Não      ☐ Indiferente

## Parte II – FREQUÊNCIA DE IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE SCE

Para cada uma das afirmações apresentadas relativas à frequência com que são implementadas as estratégias de SCE nas suas práticas e à frequência com que desejaria que estas fossem implementadas, assinale com um círculo/cruz, a resposta que traduz a sua opinião face a cada afirmação.

Utilize para isso a seguinte chave:

1	2	3	4	5
Uma ou mais vezes por dia	Uma ou mais vezes por semana	Uma ou mais vezes por mês	Mais do que uma vez por trimestre	Nunca

É importante que indique sempre, para cada afirmação, a sua opção relativamente à frequência com que são implementadas as estratégias de SCE nas suas práticas e à frequência com que desejaria que estas fossem implementadas.

Frequência realizada						Frequência desejada				
1	2	3	4	5	<b>Sessões de supervisão individuais</b> (estratégia estruturada e ativa, desenvolvida entre o supervisor e o supervisionado, que visa a reflexão, a discussão e a análise da prática, bem como a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	<b>Sessões de supervisão em grupo</b> (estratégia estruturada e ativa, desenvolvida em grupo de pares, que visa a reflexão, a discussão e a análise da prática, bem como a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	<b>Feedback</b> (processo interativo com o objetivo de promover a consciencialização do supervisionado sobre o seu desempenho)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	<b>Análise crítico-reflexiva das práticas</b> (estratégia que promove a reflexão sobre a prática e a reconstrução de saberes, tendo em vista o desenvolvimento da autonomia no processo de tomada de decisão consciente e informado)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	<b>Análise de casos com o supervisionado</b> (estratégia potenciadora do saber contextualizado, através da análise refletida de casos reais da prática clínica ou de episódios significativos)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	<b>Análise de casos em grupo</b> (estratégia de grupo potenciadora do saber contextualizado, através da análise refletida de casos reais da prática clínica ou de episódios significativos)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	<b>Auto supervisão</b> (estratégia de introspeção metacognitiva, de autoanálise e de autorreflexão, que permite ao supervisionado sentir-se mais confiante e seguro das suas práticas)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	<b>Análise de documentação dos cuidados de enfermagem</b> (estratégia que permite obter dados essenciais para discutir e refletir com o supervisionado sobre a conceção de cuidados)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	<b>Demonstração</b> (processo através do qual o supervisor, recorrendo a métodos de exemplificação, explica ou ensina ao supervisionado, como executar ou abordar uma determinada situação)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	<b>Relatório reflexivo</b> (estratégia didática de promoção da reflexão e autoavaliação, através de um documento escrito pelo supervisionado, essencial para o seu desenvolvimento pessoal e profissional)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	<b>Supervisão à distância: telefone</b> (estratégia que permite aceder ao supervisor, em tempo real ou acordado, para reflexão das práticas e obtenção de apoio)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	<b>Supervisão à distância: e-mail</b> (estratégia que permite aceder ao supervisor, em tempo real ou acordado, para reflexão das práticas e obtenção de apoio)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	<b>Supervisão à distância: skype®</b> (estratégia que permite aceder ao supervisor, em tempo real ou acordado, para reflexão das práticas e obtenção de apoio)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	<b>Apoio</b> (estratégia que visa ajudar o supervisionado na sua prática clínica, reduzir o stresse, prevenir o <i>burnout</i> e aumentar a sua satisfação profissional)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	<b>Formação contínua</b> (estratégia formativa essencial para a atualização de conhecimentos e práticas)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	<b>Observação</b> (processo estruturado de observação das práticas e atitudes do supervisionado)	1	2	3	4	5





## **ANEXO II: INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE PARA O CHSJ**



# **QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA DE ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM**

## **INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE**

Antes de decidir se vai colaborar neste trabalho de investigação deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, bem como os riscos e benefícios da sua participação.

Pede-se que leia todo o documento com atenção e que se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretende antes de aceitar participar no estudo.

Inês Alves da Rocha e Silva Rocha, enfermeira no Serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar de S. João, E.P.E., a frequentar o Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem, no ano letivo de 2011/2012, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um trabalho de investigação subordinado ao tema: “Construção e Validação do Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem”.

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) consiste num processo de suporte e acompanhamento da prática profissional do enfermeiro que, através de processos de reflexão e análise da prática clínica, promove o desenvolvimento de conhecimentos e competências essenciais à tomada de decisão autónoma, aumentando a proteção do utente e a segurança dos cuidados. Neste âmbito, é necessário que o supervisor implemente estratégias de supervisão dinâmicas e individualizadas, de forma a promover o desenvolvimento de cada enfermeiro. Considera-se essencial conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente à frequência com que são implementadas as estratégias de SCE nas suas práticas e a frequência com que desejariam que estas fossem implementadas, bem como a relevância que atribuem às referidas estratégias.

O estudo tem como objetivos principais:

- Validar o Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem;
- Identificar a frequência com que as estratégias de SCE são implementadas nos serviços de saúde;
- Identificar as estratégias de SCE que os enfermeiros desejariam que fossem mais frequentemente implementadas nos serviços de saúde;

- Identificar as estratégias de SCE que os enfermeiros desejariam que nunca fossem implementadas nos serviços de saúde.

Este estudo pretende ser um contributo para a clarificação do fenómeno da SCE, ajudando os enfermeiros a consciencializarem-se da sua importância, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade do exercício profissional.

A sua participação no estudo é opcional e voluntária. Da recusa não irá advir qualquer tipo de dano pessoal ou profissional. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer em qualquer momento. A sua decisão de cooperar ou não nesta investigação, não afetará a sua relação atual ou futura com a instituição onde exerce funções.

Se aceitar participar, solicita-se que preencha o questionário. Após o seu preenchimento, deverá colocar o consentimento informado, no envelope devidamente identificado, no gabinete do Enfermeiro-Chefe, assim como o questionário no envelope com a designação de questionários.

Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo e não se preveem benefícios imediatos.

Todos os dados obtidos no decorrer do estudo têm garantia absoluta de confidencialidade, uma vez que esta é assegurada pelo anonimato. Em nenhum tipo de relatório ou publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluída qualquer referência que possibilite a identificação dos participantes. Após a conclusão deste trabalho de investigação, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação serão destruídos.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de S. João, E.P.E..

A sua participação é indispensável para a realização do estudo.

Muito obrigada pela sua colaboração,

Inês Rocha

Se estiver interessado em receber informação do investigador, ou dos resultados finais do estudo, não hesite em contactar:

[inesarsrocha@gmail.com](mailto:inesarsrocha@gmail.com)

Telemóvel – 933573171

### **ANEXO III: INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE PARA A ULSM**



# **QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA DE ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM**

## **INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE**

Antes de decidir se vai colaborar neste trabalho de investigação deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, bem como os riscos e benefícios da sua participação.

Pede-se que leia todo o documento com atenção e que se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretende antes de aceitar participar no estudo.

Inês Alves da Rocha e Silva Rocha, enfermeira no Serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar de S. João, E.P.E., a frequentar o Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem, no ano letivo de 2011/2012, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um trabalho de investigação subordinado ao tema: “Construção e Validação do Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem”.

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) consiste num processo de suporte e acompanhamento da prática profissional do enfermeiro que, através de processos de reflexão e análise da prática clínica, promove o desenvolvimento de conhecimentos e competências essenciais à tomada de decisão autónoma, aumentando a proteção do utente e a segurança dos cuidados. Neste âmbito, é necessário que o supervisor implemente estratégias de supervisão dinâmicas e individualizadas, de forma a promover o desenvolvimento de cada enfermeiro. Considera-se essencial conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente à frequência com que são implementadas as estratégias de SCE nas suas práticas e a frequência com que desejariam que estas fossem implementadas, bem como a relevância que atribuem às referidas estratégias.

O estudo tem como objetivos principais:

- Validar o Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem;
- Identificar a frequência com que as estratégias de SCE são implementadas nos serviços de saúde;
- Identificar as estratégias de SCE que os enfermeiros desejariam que fossem mais frequentemente implementadas nos serviços de saúde;

- Identificar as estratégias de SCE que os enfermeiros desejariam que nunca fossem implementadas nos serviços de saúde.

Este estudo pretende ser um contributo para a clarificação do fenómeno da SCE, ajudando os enfermeiros a consciencializarem-se da sua importância, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade do exercício profissional.

A sua participação no estudo é opcional e voluntária. Da recusa não irá advir qualquer tipo de dano pessoal ou profissional. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer em qualquer momento. A sua decisão de cooperar ou não nesta investigação, não afetará a sua relação atual ou futura com a instituição onde exerce funções.

Se aceitar participar, solicita-se que preencha o questionário. Após o seu preenchimento, deverá colocar o consentimento informado, no envelope devidamente identificado, no gabinete do Enfermeiro-Chefe, assim como o questionário no envelope com a designação de questionários.

Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo e não se preveem benefícios imediatos.

Todos os dados obtidos no decorrer do estudo têm garantia absoluta de confidencialidade, uma vez que esta é assegurada pelo anonimato. Em nenhum tipo de relatório ou publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluída qualquer referência que possibilite a identificação dos participantes. Após a conclusão deste trabalho de investigação, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação serão destruídos.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E..

A sua participação é indispensável para a realização do estudo.

Muito obrigada pela sua colaboração,

Inês Rocha

Se estiver interessado em receber informação do investigador, ou dos resultados finais do estudo, não hesite em contactar:

[inesarsrocha@gmail.com](mailto:inesarsrocha@gmail.com)

Telemóvel – 933573171



## **ANEXO IV: INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE PARA OS CS DA ULSM**



# **QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA DE ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM**

## **INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE**

Antes de decidir se vai colaborar neste trabalho de investigação deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, bem como os riscos e benefícios da sua participação.

Pede-se que leia todo o documento com atenção e que se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretende antes de aceitar participar no estudo.

Inês Alves da Rocha e Silva Rocha, enfermeira no Serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar de S. João, E.P.E., a frequentar o Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem, no ano letivo de 2011/2012, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um trabalho de investigação subordinado ao tema: “Construção e Validação do Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem”.

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) consiste num processo de suporte e acompanhamento da prática profissional do enfermeiro que, através de processos de reflexão e análise da prática clínica, promove o desenvolvimento de conhecimentos e competências essenciais à tomada de decisão autónoma, aumentando a proteção do utente e a segurança dos cuidados. Neste âmbito, é necessário que o supervisor implemente estratégias de supervisão dinâmicas e individualizadas, de forma a promover o desenvolvimento de cada enfermeiro. Considera-se essencial conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente à frequência com que são implementadas as estratégias de SCE nas suas práticas e a frequência com que desejariam que estas fossem implementadas, bem como a relevância que atribuem às referidas estratégias.

O estudo tem como objetivos principais:

- Validar o Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem;
- Identificar a frequência com que as estratégias de SCE são implementadas nos serviços de saúde;
- Identificar as estratégias de SCE que os enfermeiros desejariam que fossem mais frequentemente implementadas nos serviços de saúde;

- Identificar as estratégias de SCE que os enfermeiros desejariam que nunca fossem implementadas nos serviços de saúde.

Este estudo pretende ser um contributo para a clarificação do fenómeno da SCE, ajudando os enfermeiros a consciencializarem-se da sua importância, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade do exercício profissional.

A sua participação no estudo é opcional e voluntária. Da recusa não irá advir qualquer tipo de dano pessoal ou profissional. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer em qualquer momento. A sua decisão de cooperar ou não nesta investigação, não afetará a sua relação atual ou futura com a instituição onde exerce funções.

Se aceitar participar, solicita-se que preencha o questionário. Após o seu preenchimento, irei ao seu local de trabalho, em data e hora a combinar, para recolher o consentimento informado que ficará guardado num envelope previamente identificado e os restantes documentos noutro envelope com a designação de questionários.

Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo e não se preveem benefícios imediatos.

Todos os dados obtidos no decorrer do estudo têm garantia absoluta de confidencialidade, uma vez que esta é assegurada pelo anonimato. Em nenhum tipo de relatório ou publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluída qualquer referência que possibilite a identificação dos participantes. Após a conclusão deste trabalho de investigação, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação serão destruídos.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E..

A sua participação é indispensável para a realização do estudo.

Muito obrigada pela sua colaboração,

Inês Rocha

Se estiver interessado em receber informação do investigador, ou dos resultados finais do estudo, não hesite em contactar:

[inesarsrocha@gmail.com](mailto:inesarsrocha@gmail.com)

Telemóvel – 933573171

## **ANEXO V: DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**



## **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

**Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial  
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West  
1996 e Edimburgo 2000)**

**“CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA  
FREQUÊNCIA DE ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM  
ENFERMAGEM”**

Eu, abaixo assinado, \_\_\_\_\_,  
declaro ter compreendido a informação e explicação que me foi fornecida acerca do  
estudo em que me foi proposto participar, pelo investigador que assina este  
documento, tendo-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o  
assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora.

A informação e explicação que me foram prestadas versaram os objetivos, os  
métodos, os benefícios do estudo e eventual incómodo que dele possa advir, de  
acordo com as recomendações da declaração de Helsínquia.

Por isso, consinto participar no estudo respondendo às questões propostas,  
permitindo o acesso a dados relacionados com o mesmo.

Porto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_

Assinatura do investigador

\_\_\_\_\_





## **ANEXO VI: QUESTIONÁRIO *ONLINE***



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA E RELEVÂNCIA DE ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

**Parte I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA**

O objetivo deste questionário é colher dados que permitam analisar a percepção dos enfermeiros relativamente à frequência com que são implementadas as estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem nas suas práticas e a frequência com que desejariam que estas fossem implementadas, bem como, a relevância que atribuem às referidas estratégias.

Antes de responder ao questionário leia cuidadosamente as seguintes indicações:

- Não há respostas certas ou erradas para nenhuma das questões levantadas
- Preencha todo o questionário e seja o mais sincero(a) possível
- O questionário é anónimo e confidencial, pelo que não deverá assinalar qualquer elemento de identificação pessoal

A sua participação é fundamental para a realização deste estudo, pelo que desde já se agradece a sua colaboração.

1. Sexo

☐ Feminino

☐ Masculino

2. Idade

3. Tempo de exercício profissional

QT - Inês

Ficheiro Editar Ver Inserir Formatar Dados Ferramentas Formulário (39) Ajuda A última edição ocorreu há 4 minutos

Comentários Partilhar

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1	Carimbo de data/hora	1. Sexo	2. Idade	3. Tempo de exercício profissional	Tempo de exercício profissional	4. Categoria profissional	5. Situação jurídica de emprego	6. Instituição onde exerce funções	7. Serviço onde exerce funções	8. Habilitações académicas e profissionais	9. Sente-se realizado enquanto enfermeiro
2	2012/06/03 21:30:51	Masculino	24	3		Enfermeiro	Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado	Centro Hospitalar de S. João	Pneumologia	Licenciatura	Sim



**ANEXO VII: AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
DO CHSJ**





Exma. Sen.  
Dra. Margarida Táfures  
Directora Clínica do Centro Hospitalar de São João

**AUTORIZADO**

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL DE  
19 ABR 2012

Prof. Doutor Carlos Almeida  
Presidente do Conselho de Administração

Prof. Doutor Carlos Almeida  
Presidente do Conselho de Administração

Prof. Doutor Carlos Almeida  
Presidente do Conselho de Administração

Assunto: Projecto submetido à Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João

"Estratégias de supervisão clínica na supervisão de pares" – Enf.ª Inês Alves da Rocha e  
Silva Rocha - Proj. 65/12

Junto envio a V. Exa. para obtenção de decisão final do Conselho de Administração o  
parecer elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde relativo ao projecto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 11 de Abril de 2012

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

*Isabel Brito*

11.4.2012

fonetei carlos Almeida.  
Nado a qm.

*[Handwritten signature]*

Centro Hospitalar São João  
Centro de Investigação  
Prof. Dra. Ana Almeida  
Coordenadora CIC

Ao CA  
m. Almeida  
DC

17.4.2012

## CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

### 7. SEGURO

- a. Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

SIM ☐ (Se sim, junta, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO ☐

NÃO APLICÁVEL ☒

### 8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Inês Alves da Rocha e Silva Rocha, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsinquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 9 de Março de 2012

30 de Março de 2012

A Comissão de Ética para a Saúde tendo aprovado o parecer do Relator, aguarda que o Investigador/Promotor esclareça as questões nele enunciadas para que possa emitir parecer definitivo.

Inês Alves da Rocha e Silva Rocha

Investigador Principal

Prof. Doutor Filipe Almeida  
Presidente da Comissão de Ética

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CES

de

Satisfatório (ver termo e parecer)  
inscrito no livro

A Comissão de Ética para a Saúde  
APROVA por unanimidade o parecer do  
Relator, pelo que nada tem a opor à  
realização deste projecto de investigação.

Prof. Doutor Filipe Almeida  
Presidente da Comissão de Ética

2012.04.11



**ANEXO VIII: AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
DA ULSM**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS  HOSPITAL PEDRO HISPANO	INFORMAÇÃO	Nº 026/CE/SR  Data: 17-04-2012
--	------------	--------------------------------------

Para: Dr. Victor Herdeiro (Presidente do Conselho de Administração)  
 De: Comissão de Ética

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

DESPACHO / DELIBERAÇÃO  <i>AutORIZADA a realização do          estudo p/ psc ao pessoal          funcional da Comissão de Ética. 24/4/2012</i>	
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO ULSM, EPE Dr. VICTOR HERDEIRO	
Dr. AMARCO M. COSTA <i>[Signature]</i>	Dr. LUCIANA MONTEIRO <i>[Signature]</i>
Vigente ULSM Dr. PEDRO ALVES COSTA	Vigente EPE Dr. MANUEL DA SILVA
Dr. J. J. OLIVEIRA <i>[Signature]</i>	Dr. J. J. OLIVEIRA <i>[Signature]</i>

PARECER

--	--

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

HOSPITAL PEDRO HISPANO

INFORMAÇÃO

Nº 026/CE/SR

Data: 17-04-2012

Para: **Dr. Victor Herdeiro (Presidente do Conselho de Administração)**

De: Comissão de Ética

Assunto:

Pedido de autorização para recolha de dados

INFORMAÇÃO

Exmos. Senhores,

A Comissão de Ética analisou na sua reunião de 13 de Abril de 2012, o pedido de autorização para realização de colheita de dados enquadrada no trabalho intitulado de "Estratégias de Supervisão Clínica na supervisão de pares", a proponente a aluna Inês Rocha do mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem da ESEP.

Decidido nada opor à realização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos.

  
**Dr. José Alberto Silva**  
(Presidente da Comissão de Ética da U. L. S. – Matosinhos)

C/c – Dra. Olivia Pestana (Diretora do Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica)

<p>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS</p> <p>HOSPITAL PEDRO HISPANO</p>	<p>INFORMAÇÃO</p>	<p>Nº 37/ 12 / OP</p> <p>Data: 2012/04/09</p>
---	-------------------	---

Para: Comissão de Ética

De: Olívia Pestana (Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica)

Assunto: Solicitação de parecer

Secretariado das Comissões  
Ética de Consciência

Nº 24 de 2012

# INFORMAÇÃO

Venho, pela presente, solicitar um parecer relativo ao pedido de autorização para a realização da colheita de dados enquadrada no trabalho intitulado de "Estratégias de supervisão clínica na supervisão de pares", por parte da aluna Inês Rocha do mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem da ESEP, encontrando-se em anexo a informação respectiva.

Com os melhores cumprimentos

*Olívia Pestana*

Doutora Olívia Pestana

Directora do Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica

*Reunião da Comissão de Ética*

*Decidiu-se na reunião a autorização do estudo*

*15/6/12*

*JA*

Dr. José Alberto Silva  
Presidente da Comissão de Ética  
da ULSM Matosinhos



**ANEXO IX: AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A  
SAÚDE DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE,  
I.P.**







**ARS NORTE**

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

**Comissão de Ética para a Saúde  
Administração Regional de Saúde do Norte, IP**

**PARECER Nº 50/2012**

**Sobre o estudo T/67 – Estratégias de supervisão clínica na supervisão de pares**

**A – Relatório**

1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN) iniciou a apreciação do Processo n.º T67, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão pela Investigadora Inês Alves da Rocha e Silva Rocha, em 23.05.2012, aluna de Mestrado em Supervisão clínica em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto, sobre "Estratégias de supervisão clínica na supervisão de pares", cuja orientação é da responsabilidade da Professora Doutora Maria Margarida Reis dos Santos e co-orientação da Professora Regina Pires. Este estudo é para ser implementado no ACES de Alto Trás-os-Montes II e de Alto Tâmega e Barroso.
2. Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: requerimento, projecto de investigação, questionários a aplicar, informação ao participante, curriculum vitae da investigadora, declaração da orientadora, declaração de consentimento, autorização das Comissões de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João e da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E, declaração da co-orientadora atestando que este estudo está inserido na sua investigação do curso de Doutoramento, alvo do Parecer nº 56/2010 e mensagens de correio electrónico entre a CES e a investigadora.
3. A amostra é constituída por enfermeiros que exerçam a sua actividade profissional quer em cuidados de saúde primários, quer em contexto hospitalar.
4. Este trabalho de investigação tem como finalidades identificar a frequência de implementação e a frequência desejada pelos enfermeiros no que diz respeito às estratégias de supervisão clínica na supervisão de pares e ainda compreender quais as estratégias de supervisão clínica na supervisão de pares que os enfermeiros consideram mais relevantes para a qualidade do exercício profissional.

#### **B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas**

1. Reconhece-se relevância e pertinência ao estudo e interesse prático para a profissão de Enfermagem
2. A confidencialidade dos dados recolhidos, bem como o anonimato, são estritamente garantidos pela investigadora
3. Garante o direito ao consentimento informado dos participantes, ou seja, dos enfermeiros na investigação

#### **C – Conclusões**

1. Face ao exposto, a CES delibera que o estudo de investigação em causa pode ser aprovado sem restrições de natureza ética.
2. Não obstante deve ser informado desta deliberação, pela investigadora, o responsável do ACES onde será realizada esta investigação e assim obtida a necessária autorização para a realização do estudo.

O relator

Mestre Maria Alzira Moraes

Aprovado em reunião do dia \_4/\_12\_/2012, por unanimidade

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN

Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol

**ANEXO X: TABELAS DE RESULTADOS DO TESTE MANN-WHITNEY  
RELATIVAS AO DESEJO DE IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS  
DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM EM FUNÇÃO DO  
CONTEXTO DE TRABALHO**



	CSP (n=97)	Hospital (n=175)	
	Ordem Média	Ordem Média	<i>p</i>
Sessões de supervisão individuais	133,73	138,03	,653
Sessões de supervisão em grupo	144,57	132,03	,187
<i>Feedback</i>	126,34	142,13	,100
Análise crítico-reflexiva das práticas	133,11	138,38	,583
Análise de casos com o supervisionado	134,03	137,87	,683
Análise de casos em grupo	138,97	135,13	,683
Auto supervisão	138,49	135,39	,745
Análise de documentação dos cuidados de enfermagem	136,73	136,37	,970
Demonstração	136,77	136,35	,965
Relatório reflexivo	124,25	143,29	,044(*)
Supervisão à distância: telefone	120,72	145,25	,012(*)
Supervisão à distância: <i>e-mail</i>	119,98	145,65	,008(*)
Supervisão à distância: <i>skype</i> ®	128,60	140,88	,200
Apoio	135,26	137,19	,840
Formação contínua	133,02	138,43	,571
Observação	132,11	138,93	,464

(\*p<0,05)

Estratégias de SCE	n	M	DP
Sessões de supervisão individuais	273	2,44	1,059
Sessões de supervisão em grupo	273	2,73	,986
<i>Feedback</i>	273	2,33	1,058
Análise crítico-reflexiva das práticas	273	2,25	1,097
Análise de casos com o supervisionado	273	2,49	,971
Análise de casos em grupo	273	2,81	,908
Auto supervisão	273	2,16	1,055
Análise de documentação dos cuidados de enfermagem	273	2,34	1,077
Demonstração	273	2,13	1,192
Relatório reflexivo	273	3,22	,963
Supervisão à distância: telefone	273	3,33	1,292
Supervisão à distância: <i>e-mail</i>	273	2,99	1,265
Supervisão à distância: <i>skype</i> ®	237	3,67	1,318
Apoio	273	2,14	1,130
Formação contínua	273	2,70	1,066
Observação	273	2,12	1,273

